



ความสัมพันธ์ของความทุกข์ยากของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ต่อสภาพสมอง และอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช: การศึกษาวิเคราะห์ แบบภาคตัดขวาง

พริณทัตน์ เนตรสุวรรณ

แผนกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

Relationship of Dementia's Caregiver Distress to the Mental State Examination and Neuropsychiatric Symptoms of Dementia Patients Somdejphrajaotaksinmaharaj Hospital: A Cross-Sectional Analytic Study

Parinthat Netsuwan

Addiction and Psychiatric Department, Somdejphraoataksinmaharaj Hospital

Received: 23 December 2022 / Revised: 24 March 2023 / Accepted: 18 April 2023

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทำให้ผู้ดูแลมีความทุกข์ยาก (distress) ทั้งด้านสุขภาพจิต เศรษฐกิจ การเข้าถึง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความทุกข์ยากของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม แบบการตรวจสภาพจิต เพื่อทดสอบการทำงานของสมองคนไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) และแบบประเมินอาการทางจิตประสาท (Neuro-Psychiatric Inventory: NPI) ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบ cross-sectional analytical study ในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในแผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จำนวน 73 คู่ โดยเก็บข้อมูลจากการสำรวจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย แบบประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (NPI) แบบประเมินความทุกข์ยากของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Neuro-Psychiatric Inventory Distress score: NPID) และเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ เพศ อายุ ชนิดของสมองเสื่อม ที่รับการวินิจฉัย ระยะเวลาเป็นโรคสมองเสื่อม แบบการตรวจสภาพจิตเพื่อทดสอบการทำงานของสมองคนไทย (TMSE) และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้ multiple logistic regression

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีผลการตรวจสภาพจิตเพื่อทดสอบการทำงานของสมองคนไทย (TMSE) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน มีค่า OR=5.04 (95% CI 1.4-17.5) และผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีผลการประเมินอาการทางจิตประสาท (NPI) มากกว่า 11 คะแนน มีค่า OR=9.44 (95% CI 1.86-47.82) มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ยากของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (NPID)

สรุป: การทำงานของสมองของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (TMSE) ที่อาการรุนแรงมากขึ้น และอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (NPI) ที่มากขึ้น มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ยากของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

คำสำคัญ: ผู้ดูแล, ความทุกข์ยาก, แบบประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (NPI)

Corresponding author: Parinthat Netsuwan, E-mail: parinthat@gmail.com

Abstract

Background and Objective: Caring for a dementia patient can become dementia caregiver distress including the caregiver's mental health, family's economics, and socialization of caregivers. The objective is to find a relationship between a dementia's caregiver distress to the Thai mental state examination (TMSE) and the Neuropsychiatric inventory scale (NPI) of dementia patients

Methods: A cross-sectional analytic study in 73 dyads relationship of dementia caregivers and dementia patients in outpatient Somdejprajoataksinmaharaj Hospital. Collected data by surveying : 1) A dementia caregiver about gender, age, patient relation, patient's care duration, NPI, and Neuropsychiatric Inventory Distress scale (NPID) 2) A dementia patient about gender, age, type of dementia, the onset of dementia, and TMSE were analyzed in relation with multiple logistic regression.

Results: The TMSE of dementia patients is less than or equal to 16 points has an odd ratio of 5.04 (95% CI 1.4-17.5) and the NPI of dementia patients is more than 11 points has an odd ratio of 9.44 (95% CI 1.86-47.82) both were related to dementia's caregiver distress.

Conclusions: Lower TMSE and higher NPI of dementia patients relate to dementia's caregiver distress.

Keywords: caregiver, distress, neuropsychiatric inventory for dementia (NPI)

บทนำ

สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี พ.ศ. 2564 ส่งผลต่อระบบการรักษาสภาพทั้งการส่งเสริมและป้องกัน โรคสมองเสื่อมเป็นโรคที่พบได้บ่อย โดยความชุกของโรคในคนไทยปี พ.ศ. 2557 ร้อยละ 8.1¹ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ ร้อยละ 75 อาการหลักมีปัญหาเรื่องความจำ และการดูแลตัวเอง รองลงมาเป็นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมแบบเกี่ยวข้องกับเส้นเลือดสมอง ร้อยละ 12.5 มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว ความจำ และการดูแลตนเอง โดยมีการใช้แบบการตรวจสภาพจิตเพื่อทดสอบการทำงานของสมองคนไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) ร่วมประเมินความรุนแรง² นอกจากนี้ยังพบอาการทางจิตประสาท (neuropsychiatric symptoms) เป็นอาการร่วมกับอาการโรคสมองเสื่อม ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการทางจิตประสาทร่วมอย่างน้อย 1 อาการ ร้อยละ 56 โดยอาการทางจิตประสาทที่พบบ่อย ได้แก่ ปัญหาการนอนหลับ และปัญหาอาการหลงผิด เป็นต้น ประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตประสาท (Neuropsychiatric Inventory: NPI)³ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติมจากอาการจิตประสาทที่เกิดขึ้น

ความทุกข์ยากของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม หมายถึงสภาวะที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมีความรู้สึกเหนื่อยหรือทุกข์ยาก (distress) ในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม อีกทั้งความทุกข์ยากนี้ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแล การเงินของครอบครัว หรือการเข้าถึงสังคมของผู้ดูแล การศึกษาของ Torrisi และคณะ¹² ในปี ค.ศ. 2017 พบว่าคะแนนแบบการตรวจสภาพจิตเพื่อทดสอบการทำงานของสมองชื่อ Mini Mental State Examination (MMSE) ที่น้อยกว่า 16 ส่งผลต่อความทุกข์ยากในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมากขึ้น regression coefficient เท่ากับ 0.80 ในปี ค.ศ. 2017 Cheng ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ยากของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมพบว่า เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตประสาทมากส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้าและทุกข์ยาก มีค่า correlation coefficient เท่ากับ 0.37 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตประสาทน้อย⁴ การศึกษาของ Pinyopornpanish และคณะ ในปี ค.ศ. 2021 พบว่าอาการจิตประสาทเรื่องปัญหาเรื่องการนอนหลับ สัมพันธ์กับความทุกข์ยากและอาการซึมเศร้าของผู้ดูแล (NPI-Q distress) เท่ากับ ร้อยละ 63 และมากกว่าอาการทางจิตประสาทอื่น⁵ และในการศึกษาของ Huang และคณะ ในปี ค.ศ. 2022 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจาก Lewy bodies มีความทุกข์ยากมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์เท่ากับ 3.8 เท่า⁶ จึงเห็นได้ว่ามีความทุกข์ยากของผู้ดูแล

จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการสมองเสื่อมมาก หรืออาการทางจิตประสาทต่างส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความทุกข์ยากมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการสมองเสื่อมน้อย หรืออาการทางจิตประสาทที่น้อยกลับทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมยังรู้สึกทุกข์ยากอยู่

ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาหาความสัมพันธ์ของความทุกข์ยากของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมต่อสภาพสมอง และอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ทั้งนี้ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ของความทุกข์ยากของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเพื่อเป็นข้อมูลในการวิจัย เพิ่มการรับรู้ของแพทย์ผู้รักษา และนำไปสู่การวินิจฉัย รักษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีความทุกข์ยากต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ ณ จุดเวลาหนึ่ง (cross-sectional analytic study) กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีระยะเวลาดูแลมากกว่า 1 เดือน ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเข้ารับรักษาเท่ากับหรือมากกว่า 6 เดือน เก็บข้อมูลในช่วงวันที่ 15 เมษายน – 15 ตุลาคม 2565 เนื่องจากศึกษานี้ไม่มีการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงคำนวณความคลาดเคลื่อนในการตัดสินใจในการยอมรับสมมติฐาน (power) โดยใช้โปรแกรม G*power รุ่น 3.1 มีค่ากำลังการทดสอบเท่ากับ 0.85 และมีค่าความคาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05⁷ มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยและผู้ดูแลจำนวน 73 คู่ โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถามเกี่ยวกับ 1. ข้อมูลผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ อายุ เพศ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการสมองเสื่อม (onset) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (care duration) แบบประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (NPI score) (Cronbach's Alpha coefficient = 0.78)⁸ และแบบประเมินความทุกข์ยากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (NPID) (Cronbach's Alpha coefficient = 0.72)⁹ 2. ข้อมูลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมแบบการตรวจสภาพจิตเพื่อทดสอบการทำงานของสมองคนไทย (Cronbach's Alpha coefficient = 0.78)^{10, 11}

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เลขที่ 3/2565 วันที่ 11 เมษายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 20 ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการสมองเสื่อม (onset) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (care duration) และผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การวินิจฉัยสมองเสื่อม โรคประจำตัว โดยใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน

สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความทุกข์ยากของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (NPID) แบบประเมิน (NPI) แบบการตรวจสภาพจิตเพื่อทดสอบการทำงานของสมองคนไทย (TMSE) โดยใช้ Pearson Chi-square และ Fisher's exact test กรณีวิเคราะห์อย่างหลายการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ครวละหลายตัวแปรด้วยการวิเคราะห์ถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ (Multiple logistic regressions) แบบ backward stepwise นำเสนอค่า adjusted odds ratio (AdjOR) ช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% CI กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 5%

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทั้งหมด 73 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.6 และชายร้อยละ 16.4 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 49.6 ± 10.0 ปี มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตรร้อยละ 78.1 ความสัมพันธ์อื่นร้อยละ 21.9 มีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย (care duration) เท่ากับ 3.5 ± 3.2 ปี มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 3 ปี ค่าน้อยสุด 6 เดือน มากสุด 20 ปี ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทั้งหมด 73 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.8 และชายร้อยละ 41.2 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 74.9 ± 7.6 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 82.2 จบการศึกษาระดับสูงกว่าประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 17.8 ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัย Dementia of the Alzheimer ร้อยละ 86.3 ได้รับวินิจฉัย Vascular dementia ร้อยละ 13.7 มีระยะเวลาป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม

เฉลี่ยเท่ากับ 4.5 ± 4.2 ปี มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 3 ปี น้อยสุด 1 ปี มากสุด 22 ปี โดยผู้ป่วยมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 58.9 ไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมร้อยละ 41.1 (ตารางที่ 1)

ผลจากแบบประเมินจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (NPI) ผลจากแบบการตรวจสภาพจิตเพื่อทดสอบการทำงานของสมองคนไทย (TMSE) และผลจากแบบประเมินความทุกข์ยากของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (NPID)

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีคะแนนอาการทางจิตประสาท (NPI) เฉลี่ยเท่ากับ 17.3 ± 16.3 คะแนน และมีคะแนนแบบทดสอบการทำงานของสมอง (TMSE) เฉลี่ยเท่ากับ 16.0 ± 3.8 คะแนน

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีคะแนนความทุกข์ยากของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (NPID) เฉลี่ยเท่ากับ 9.4 ± 8.9 คะแนน (ตารางที่ 2)

ความสัมพันธ์ของความทุกข์ยากของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (NPID) ต่อสภาวะการทำงาน (TMSE) และอาการทางจิตประสาท (NPI) ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มี TMSE น้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน มีความทุกข์ยากเป็น 5.04 เท่า (95% CI 1.4-17.5) ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มี TMSE มากกว่า 16 คะแนน

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มี NPI มากกว่า 11 คะแนน มีความทุกข์ยากเป็น 9.44 เท่า (95% CI 1.86-47.82) ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มี NPI น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (จำนวน 73 คู่)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (N=73)	
เพศของผู้ดูแล: หญิง	61 (83.6)
ชาย	12 (16.4)
อายุของผู้ดูแล (ปี):	Mean (SD), $49.6 \pm (10.0)$ Median 49, Min 25 : Max 72
≤ 50	40 (54.8)
> 50	33 (45.2)
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย: บุตร	57 (78.1)
ระยะเวลาที่ดูแล (Care duration) (ปี):	Mean (SD), $3.5 \pm (3.2)$, Median 3, Min 0.5 : Max 20
≤ 2	41 (56.2)
> 2	32 (43.8)
ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (N=73)	
เพศ: หญิง	43 (58.9)
ชาย	30 (41.1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (จำนวน 73 คู่) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี):	Mean (SD), 74.9±(7.6) Median 7, Min 56 : Max 92
< 75	38 (52.1)
≥ 75	35 (47.9)
ระดับการศึกษา: ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	60 (82.2)
สูงกว่าระดับประถมศึกษา	13 (17.8)
การวินิจฉัย: Dementia of the Alzheimer	63 (86.3)
Vascular dementia	10 (13.7)
โรคประจำตัว: ไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วม	30 (41.1)
มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค	43 (58.9)
ระยะเวลาป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม (ปี)	Mean (SD), 4.5±(4.2), Median 3, Min 1: Max 22
≤ 2	33 (45.2)
> 2	40 (54.8)

ตารางที่ 2 อาการจิตประสาท (NPI) สภาพสมอง (TMSE) ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และความทุกข์ยากของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (NPID) (จำนวน 73 คน)

ปัจจัยที่มีความสำคัญ (N=73)	จำนวน (ร้อยละ)
TMSE score (คะแนน 0-30) *	Mean (SD), 16.0±(3.8), Median 16 Min 7, Max 22
TMSE ≤ 16	37 (50.7)
TMSE > 16	36 (49.3)
NPI score (คะแนน 0-144) *	Mean (SD), 17.3±(16.3), Median 13 Min 1, Max 122
NPI ≤ 11	28 (38.4)
NPI > 11	45 (61.6)
NPID score (คะแนน 0-60) **	Mean (SD), 9.4±(8.9), Median 8 Min 0, Max 51
มีความทุกข์ยากน้อย (0-10)	46 (63.0)
มีความทุกข์ยากมาก (มากกว่า 10)	27 (37.0)

*แบ่งกลุ่มอ้างอิงจากการศึกษาของ Torrisi¹²

**แบ่งกลุ่มอ้างอิงการศึกษาของ Musa⁸

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง NPID ต่อ TMSE และ NPI (จำนวน 73 ราย)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ NPID	Crude OR	AdjOR	95% CI.	P-value
TMSE ≤ 16	37	50.7	6.94	5.04	1.4 - 17.5	0.011
> 16	36	49.3				
NPI ≤ 11	28	38.4	9.67	9.44	1.86 - 47.82	0.007
> 11	45	61.6				

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นศึกษาความสัมพันธ์ของความทุกข์ยากของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมต่อสภาพสมอง (TMSE) และอาการจิตประสาท (NPI) ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

กรณี TMSE ค่า OR 5.04 เท่า 95% CI. :1.4 ถึง 17.5 สรุปได้ว่า สภาพสมองของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (TMSE) มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ยากของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (NIPD) สอดคล้องกับการศึกษาของ Torrisi และคณะ ในปี ค.ศ. 2017 พบว่าคะแนน MMSE ที่น้อยกว่า 16 ส่งผลต่อความทุกข์ยากในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมากขึ้น regression coefficient เท่ากับ 0.80¹² เช่นเดียวกับการศึกษาของ Pinyopompanish และคณะ ในปี ค.ศ. 2021 พบว่า หากคะแนน TMSE น้อยกว่า 12 ยิ่งส่งผลต่อความทุกข์ยากของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมากขึ้นเท่ากับร้อยละ 63¹³ อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีสภาพสมองของโรคสมองเสื่อมมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ลดลง ทั้งการดูแลตนเองที่เป็นทักษะซับซ้อน (instrumental activities of daily living (IADL)) และการดูแลตนเองที่เป็นทักษะพื้นฐาน (basic activities of daily living(ADL))¹⁴ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีความทุกข์ยากให้การดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

กรณี NPI ค่า OR 9.44 เท่า 95% CI. : 1.86 ถึง 47.82 สรุปได้ว่า อาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (NPI) มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ยากของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (NIPD) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการของ Fauth และคณะ ในปี ค.ศ. 2014 พบเมื่ออาการจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมากขึ้น ผู้ดูแลจะมีความทุกข์ยากมากขึ้นตาม มีค่า Canonical correlation เท่ากับ 0.44 และส่งผลให้ผู้ดูแลเป็นโรคซึมเศร้ามากขึ้นร้อยละ 72¹⁵ การศึกษาของ Shikimoto และคณะ¹⁶ ปี ค.ศ. 2018 และ Lu และคณะ¹⁷ ปี ค.ศ. 2022 พบว่า ผู้ป่วยมีอาการจิตประสาทมากขึ้นส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกทุกข์ยากมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย เท่ากับ 2.03 และ 2.11 เท่าตามลำดับ สรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่มีอาการทางจิตประสาทมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลต้องเพิ่มการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ทั้งอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วย และดูแลเรื่องการกินยาบ่อยมากขึ้น ต้องใช้ความพยายามและระมัดระวังมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย จนทำให้เกิดความเหนื่อยล้าสะสม¹⁸ ส่งผลให้เกิดความทุกข์ยากในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

สรุป

สภาพสมองของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (TMSE) ที่อาการรุนแรงมากขึ้น และอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (NPI) ที่มากขึ้น มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ยากของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

ข้อเสนอแนะ

1. เมื่อทราบว่า TMSE และ NPI ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับความทุกข์ยากของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม แพทย์ควรตระหนักรู้ เฝ้าระวัง และให้ข้อมูลกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมกลุ่มดังกล่าว รวมถึงแสดงความเห็นใจกับผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับความทุกข์ยากที่เกิดขึ้น
2. ควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมเพิ่มเติมโดยเฉพาะช่วงยุคปกติวิถีใหม่หลังการระบาดของโรคโควิด-19 ในผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มนี้
3. ควรมีการศึกษาหาความสัมพันธ์ของยาที่ใช้รักษาอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่ได้รับ ต่อความทุกข์ยากของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม เพื่อเป็นแนวทางให้การปรับการรักษาและช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทุกข์ยากน้อยลง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชที่ให้การสนับสนุนให้ทำการศึกษาครั้งนี้ ศ.ดร.นพ.ธรรมนารถ เจริญบุญ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือ NPID Thai ver. และคำแนะนำในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Eakplakarn W Nitiyanant W, Sormpisarn B, Kunanirak P., Sormpisarn B. Thai national health examination survey, NHES V 2016;5:115-20.
2. Wangtongkum S, Sucharitkul P, Silprasert N, Intrachak R. Prevalence of dementia among population age over 45 years in Chiang Mai, Thailand. J Med Assoc Thai 2008;91(11):1685-90.
3. Chanchaem R, Montientong D, Puanfai S. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia; a study in Chiangmai neurological hospital. J DMS 2018;43:96-100.
4. Cheng S-T. Dementia caregiver burden: a research update and critical analysis. Curr Psychiatry Rep 2017;19(9):64. doi.org/10.1007/s11920-017-0818-2
5. Pinyopompanish M, Pinyopompanish K, Soontompun A, Tanprawate S, Nadsasarn A, Wongpakaran N, et al. Perceived stress and depressive symptoms not neuropsychiatric symptoms predict caregiver burden in Alzheimer's disease: a cross-sectional study. BMC Geriatr 2021;21(1):180. doi.org/10.1186/s12877-021-02136-7
6. Huang WC, Chang MC, Wang WF, Jhang KM. A comparison of caregiver burden for different types of dementia: an 18-month retrospective cohort study. Front Psychol 2022;12: 798315. doi: 10.3389/fpsyg.2021.798315. eCollection 2021.

7. Taeger D, Kuhnt S. Statistical hypothesis testing with sas and r. John Wiley & Sons, Chichester, 2014. 2014:51-64. doi.org/10.1002/9781118762585
8. Musa G, Henríquez F, Muñoz-Neira C, Delgado C, Lillo P, Slachevsky A. Utility of the neuropsychiatric inventory questionnaire (NPI-Q) in the assessment of a sample of patients with Alzheimer's disease in Chile. *Dement Neuropsychol* 2017; 11(2):129-36. doi: 10.1590/1980-57642016dn11-020005.
9. Charernboon T. Reliability and validity of the thai version of the neuropsychiatric inventory (NPI-Thai): King College London; 2013.
10. Kuha, O., Bunmeepit, B., Vanichvarotm, C., & Thamanavat, N. (2009). Comparative study of mini-mental state examination thai 2002 (MMSE-thai 2002) and thai mini-mental state examination (TMSE) in elderly screening test for cognitive impairment. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine*, 10(1), 19-24.
11. Kabatova O, Putekova S, Martinkova J. Analysis of psychometric features of the mini-mental state examination and the montreal cognitive assessment methods. *Clin Soc Work J* 2016;7:62-9. doi.org/10.22359/cswwhi_7_2_08
12. Torrisi M, De Cola MC, Marra A, De Luca R, Bramanti P, Calabrò RS. Neuropsychiatric symptoms in dementia may predict caregiver burden: a Sicilian exploratory study. *Psychogeriatrics* 2017;17(2): 103-7. doi.org/10.1111/psyg.12197
13. Koovimon W, Dusitanond P. Surveys of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in dementia patients. *Thai J Neurol* 2020;36:35-50.
14. Han G, Maruta M, Ikeda Y, Ishikawa T, Tanaka H, Koyama A, et al. Relationship between performance on the mini-mental state examination sub-items and activities of daily living in patients with alzheimer's disease. *J Clin Med* 2020;9(5): 1537. doi: 10.3390/jcm9051537.
15. Fauth EB, Gibbons A. Which behavioral and psychological symptoms of dementia are the most problematic? variability by prevalence, intensity, distress ratings, and associations with caregiver depressive symptoms. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014;29(3):263-71. doi.org/10.1002/gps.4002
16. Shikimoto R, Sado M, Ninomiya A, Yoshimura K, Ikeda B, Baba T, et al. Predictive factors associated with psychological distress of caregivers of people with dementia in Japan: a cross-sectional study. *Int Psychogeriatr* 2018;30(8):1089-98. doi.org/10.1017/S1041610217002289
17. Lu X, Ye R, Wu J, Rao D, Liao X. Comparing behavioral and psychological symptoms of dementia and caregiver distress caused between older adults with dementia living in the community and in nursing homes. *Front Psychiatry* 2022;13: 881215. doi.org/10.3389/fpsy.2022.881215
18. Shaji KS, George RK, Prince MJ, Jacob KS. Behavioral symptoms and caregiver burden in dementia. *Indian J Psychiatry* 2009;51(1):45-9. doi.org/10.4103/0019-5545.44905

SMJ