

# ความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วย โรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง

อิศรพงษ์ ยรรยง, พ.บ.

ปิยะภัทร พัทธราวิวัฒน์พงษ์, พ.บ.

ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

อิศรพงษ์ ยรรยง, ปิยะภัทร พัทธราวิวัฒน์พงษ์. ความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2546; 13(2): 63-70.

## บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1. เพื่อศึกษาค่าความชุกของความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง  
2. เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาเชิงพรรณนา

สถานที่ทำงานวิจัย : ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล

กลุ่มที่ทำการวิจัย : สองกลุ่ม คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยและผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาที่ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่ช่วงเดือน ธ.ค. 2544 - ก.ย. 2545

วิธีการ : ผู้วิจัยประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย หาค่าความชุกของภาวะเครียด และแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตฉบับภาษาไทย 28 ข้อ ประเมินปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการประเมินโดยใช้ แบบประเมิน ความบกพร่องทางระบบประสาท แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน แบบประเมินสมรรถภาพทางสมอง ทำการประเมิน 3 ครั้ง ที่เวลาไม่เกิน 2 สัปดาห์ 6 และ 12 สัปดาห์หลังจากได้รับการวินิจฉัยโรคตามลำดับ

ผลการวิจัย : ผู้ดูแลผู้ป่วย 40 ราย เป็นชาย 8 ราย (ร้อยละ 20) หญิง 32 ราย (ร้อยละ 80) อายุเฉลี่ย  $45.38 \pm 12.17$  ปี พบค่าความชุกของความเครียด 6 ราย ใน 40 ราย (ร้อยละ 15) ที่เวลา 12 สัปดาห์ 1 ราย ใน 40 ราย (ร้อยละ 2.5) ที่เวลา 6 สัปดาห์ ไม่พบความชุกของความเครียดในครั้งแรก ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นเป็นความวิตกกังวลและการนอนไม่หลับเริ่มพบความวิตกกังวลในครั้งที่สอง 1 ใน 40 ราย (ร้อยละ 2.5) ในครั้งที่สาม 7 ใน 40 ราย (ร้อยละ 20) ผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง 40 ราย เป็นชาย 20 ราย (ร้อยละ 50) หญิง 20 ราย (ร้อยละ 50) อายุเฉลี่ย  $63.08 \pm 5.39$  ปี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทั้งความเครียดและความวิตกกังวลและการนอนไม่หลับในผู้ดูแลได้แก่ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยและสถานะทางการเงินที่แย่งที่เวลา 12 สัปดาห์ ส่วนผู้ดูแลที่คิดว่า การดูแลผู้ป่วยไม่มีผลกระทบต่อ การเข้าสังคมเริ่มมีอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับตั้งแต่วเวลา 6 สัปดาห์

ผลสรุป : การสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ของผู้ป่วยและสถานะการเงินของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับทั้งความเครียดและความวิตกกังวล

คำสำคัญ: ความเครียด ผู้ดูแลของผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง อัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง

โรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง (หรือ Stroke หรือ Cerebro Vascular Disease) จัดว่าเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขที่ ผู้ป่วยเหล่านี้หลังจากผ่านการรักษาตัวและฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาลแล้วประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเหล่านี้ต้องกลับเข้าไปอยู่กับครอบครัวและสังคม<sup>(1)</sup> และเนื่องจากโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง เป็นโรคซึ่งมีสาเหตุมาจากการอุดตัน หรือการแตกของหลอดเลือดในสมอง มีผลให้เกิดการสูญเสียการทำงานของระบบประสาท ซึ่งมีลักษณะสำคัญดังนี้คือ สูญเสียการสั่งงานหรือการเคลื่อนไหวของร่างกาย การรับรู้ความรู้สึกสมรรถภาพทางสมอง ภาษา การหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เป็นต้น ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถ (disability) และพิการ (handicap)<sup>(2)</sup> ตามมาได้ ผู้ป่วยเหล่านี้หลังจากที่กลับไปอยู่บ้านจึงต้องมีผู้ดูแลเพื่อคอยช่วยเหลือในด้านต่างๆ

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองนั้นต้องใช้เวลาส่วนมากอยู่กับผู้ป่วย นอกจากนี้จะต้องดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการช่วยเหลือตัวเอง การเคลื่อนไหวของร่างกาย และการติดต่อสื่อสารแล้วบางครั้งผู้ป่วยบางคนมีปัญหาด้านการรับรู้ (cognitive impairment) ภาวะซึมเศร้า (depression) และ การเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ (personality changes)<sup>(3)</sup> ซึ่งต้องดูแลอีกด้วยการสำรวจผู้ป่วยอัมพาตหลอดเลือดสมองจำนวน 3 ล้านคนในปี ค.ศ.1989 พบว่าผู้ป่วยมีอาการของภาวะสมองเสื่อม (multi - infarct dementia) ถึงร้อยละ 23<sup>(4)</sup> ความเครียดจึงเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง โดยที่พบได้ตั้งแต่ช่วงแรก ๆ ของการดูแลผู้ป่วย<sup>5</sup> และระดับของความเครียดจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อเวลาผ่านไปนานขึ้น<sup>(4)</sup> ระดับของความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยมีผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า (depress)<sup>(5)</sup> ในผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองและยังส่งผลกระทบต่อความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation)<sup>(7,8,9)</sup> ด้วย

ในต่างประเทศมีการศึกษาถึงปัจจัยที่น่าจะมีผลต่อความเครียดแต่ยังไม่มียปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ<sup>(4)</sup>

ในการทบทวนครั้งนี้ผู้ทบทวนได้ทำการศึกษาความชุกและลักษณะของความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่น่าจะมีผลต่อความเครียด ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยเช่น ความบกพร่องทางระบบ

ประสาท สมรรถภาพทางสมอง และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและปัจจัยด้านการเงิน สังคม งาน เพศ โรคประจำตัว และปริมาณความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยและของผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง เป็นแนวทางในการวางแผนการรักษาและป้องกันต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาค่าความชุกของความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง

### วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาในประชากรสองกลุ่ม คือ ผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาที่ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดลตั้งแต่ช่วงเดือน ธ.ค. 2544 - ก.ย. 2545 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

#### เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. ต้องเป็นผู้ดูแลหลักคือเป็นสมาชิกในครอบครัว ผู้ซึ่งดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่และผู้ป่วยต้องเป็นโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองโดยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยใช้เกณฑ์ทางคลินิกหรือทางรังสีวิทยา
2. ผู้ป่วยต้องเป็นโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองครั้งแรก โดยมีระยะเวลาไม่เกิน 14 วัน นับถึงวันประเมินครั้งแรก
3. ผู้ป่วยต้องไม่มีปัญหาเรื่องการติดต่อสื่อสาร

#### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองที่มีบันทึกทางการแพทย์ว่ามีประวัติการรักษาหรือได้รับยาเกี่ยวกับโรคจิตหรือโรคประสาท
2. เป็นผู้รับจ้างดูแลหรือได้รับผลตอบแทนในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

## 2. แบบประเมินที่ใช้ในการวิจัย มี 5 แบบ ดังนี้

1. Canadian Neurological Scale ประเมินความบกพร่องทางระบบประสาท
2. Barthel Index ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน
3. Thai Mental State Exam (TMSE) ประเมินสมรรถภาพทางสมอง
4. General Health Questionnaire-28 ฉบับภาษาไทย ประเมินปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น
5. Thai Stress Test ประเมินหาค่าความชุกของภาวะเครียด

## 3.วิธีการวิจัย

3.1 ผู้วิจัยประเมินผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองโดยใช้แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย (Thai Stress Test) หาค่าความชุกของความเครียดโดยประกอบด้วยคำถาม 24 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วนย่อย ส่วนแรก (ข้อ 1-12) บอกภาวะทางด้านลบ ส่วนที่สอง (ข้อ 13-24) บอกภาวะทางด้านบวก โดยนำคะแนนรวมแต่ละด้านเทียบกับตารางที่จัดทำขึ้น วัดความเครียดออกเป็น 4 ระดับ คือ 1.สุขภาพจิตดีมาก (excellent mental health) 2.สุขภาพจิตปกติ (normal mental health) 3.ความเครียดเล็กน้อย (mild stress) และ 4.ความเครียดมาก (stressful) และแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต General Health Questionnaire-28 ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-28) ประเมินปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล โดยแบบประเมินประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 28 ข้อ แบ่งเป็น 4 ส่วนย่อย โดยแบ่งคะแนนเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่อาการทางกาย (somatic symptom) อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (anxiety and insomnia) ความบกพร่องทางสังคม (social dysfunction) และอาการซึมเศร้ารุนแรง (severe depression) และการคิดคะแนนคิดแบบ GHQ score (0-0-1-1) โดยใช้จุดตัดคะแนนที่ 4/5 คือได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 ถือว่ามีความผิดปกติ

3.2 ส่วนผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองได้รับการประเมินโดยใช้ แบบประเมิน ความบกพร่องทางระบบประสาท (Canadian Neurological Scale) แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Barthel Index) แบบประเมินสมรรถภาพทางสมอง (Thai Mental State Exam ) ทำการประเมิน 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 ที่เวลาไม่เกิน 2 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 ที่เวลา 6 สัปดาห์ และครั้งที่ 3 ที่เวลา 12 สัปดาห์หลังจากได้รับการวินิจฉัยโรคทั้ง (3.1 และ 3.2)

การวิเคราะห์ทางสถิติ ใช้โปรแกรม SPSS 10.0

- คิดค่าความชุกเป็นร้อยละ, ค่าเฉลี่ย (mean)
- ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ใช้ Pearson correlation, Spearman Rank correlation
- การแปลผลใช้ระดับความเชื่อมั่นที่  $p < 0.05$  ถือว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## ผลการศึกษา

ผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง 40 ราย เป็นชาย 20 ราย (ร้อยละ 50) หญิง 20 ราย (ร้อยละ 50) อายุเฉลี่ย  $63.08 \pm 5.39$  ปี และผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองทั้งหมด 40 ราย เป็นชาย 8 ราย (ร้อยละ 20) หญิง 32 ราย (ร้อยละ 80) อายุเฉลี่ย  $45.38 \pm 12.17$  ปี ผู้ดูแลของผู้ป่วยส่วนใหญ่สุขภาพแข็งแรงดี มีผู้ดูแลของผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน 4 ราย (ร้อยละ 10) และความดันโลหิตสูง 5 ราย (ร้อยละ 12.5) มีลักษณะของการดูแลและผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยดังตารางที่ 1

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล	รายละเอียดที่ศึกษา	จำนวนคน(ร้อยละ)
ลักษณะของการดูแลผู้ป่วย	- เป็นผู้ดูแลโดยตรง คือ ช่วยเหลือเรื่องกิจวัตรประจำวัน การขับถ่าย การเดิน	8 (20)
	- เป็นผู้รับผิดชอบการดูแล คือ มีคนอื่นดูแลโดยตรง แต่เป็นผู้รับผิดชอบเรื่องสุขภาพและค่าใช้จ่าย	3 (7.5)
	- เป็นทั้งผู้ดูแลโดยตรง และผู้รับผิดชอบการดูแล	29 (72.5)
ผลของการดูแลต่อการทำงาน	- ไม่มีผลต่อการทำงาน	30 (75)
	- หยุ่งงานบ่อยขึ้น	7 (17.5)
	- ออกจากงานเดิม ยังไม่มีงานใหม่	2 (5)
	- ต้องเปลี่ยนงานใหม่	1 (2.5)
ผลของการดูแลต่อการเข้าสังคม	- ไม่มีผลต่อการเข้าสังคม	33 (82.5)
	- มีผลกระทบต่อการทำงานน้อย	6 (15)
	- มีผลกระทบต่อการทำงานปานกลาง	1 (2.5)
ผลของการดูแลต่อการสถานะการเงิน	- ไม่มีผลต่อสถานะการเงิน	6 (15)
	- มีเงินใช้จ่ายเพียงพอ แต่เงินเก็บสำรองลดลง	10 (25)
	- มีเงินใช้จ่ายเพียงพอ แต่ไม่มีเงินเก็บสำรอง	9 (22.5)
	- มีเงินใช้จ่ายไม่เพียงพอ ต้องกู้ยืมผู้อื่น	15(37.5)

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะของการดูแลและผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย

จากตารางที่ 1 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 60 เป็นทั้งผู้ดูแลโดยตรง และผู้รับผิดชอบการดูแล ผู้ดูแลคิดว่า การดูแลผู้ป่วย ไม่มีผลต่อการทำงาน การเข้าสังคม และการดูแลผู้ป่วยมีส่วนทำให้ ไม่มีเงินเก็บสำรอง มีเงินใช้จ่ายไม่เพียงพอ ต้องกู้ยืมผู้อื่น

ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการประเมินโดยใช้แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทยหาค่าความชุกของความเครียดที่ 3 ช่วงเวลาดังตารางที่ 2

คะแนน / ความถี่(ร้อยละ)	แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย	
	สุขภาพจิตปกติ	มีความเครียด
ครั้งที่ 1	40(100)	0(0)
ครั้งที่ 2	39(97.5)	1(2.5)
ครั้งที่ 3	34(85)	6(15)

ตารางที่ 2 แสดงค่าความชุกของความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ดูแลเริ่มมีความเครียดเกิดขึ้น 1 คนคิดเป็นร้อยละ 2.5 ในการประเมินครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 6) หลังการเกิดโรค เมื่อทำการประเมินครั้งที่ 3

(สัปดาห์ที่ 12) พบว่าจำนวนผู้ดูแลที่มีความเครียดเพิ่มขึ้นเป็น 6 รายคิดเป็นร้อยละ 15 นอกจากนี้ผู้ดูแลยังได้รับการประเมินโดยใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิต GHQ-28 ทั้ง 3 ช่วงเวลาเช่นเดียวกัน และพบว่าในการประเมินครั้งที่ 2 มีผู้ดูแล 1 รายเริ่มมีปัญหาทางสุขภาพจิตเรื่องอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับและเพิ่มขึ้นเป็น 7 คนในการทดสอบครั้งที่ 3 โดยพบว่าผู้ดูแลที่เกิดความเครียดในการประเมินครั้งที่ 2 นั้นเป็นคนเดียวกับผู้ที่เกิดอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ และผู้ดูแลอีก 6 คนที่เกิดความเครียดในครั้งที่ 3 นั้น 5 ใน 6 คนเกิดอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับร่วมด้วย จากแบบคัดกรองสุขภาพจิต GHQ-28 ที่ประเมินผู้ดูแลทั้ง 3 ช่วงเวลาไม่พบผลการทดสอบที่ผิดปกติในส่วนของอาการทางกาย ความบกพร่องทางสังคมและอาการซึมเศร้ารุนแรง

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองนั้นได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้ป่วยที่เป็นผลตามมาของโรคหลอดเลือดสมองซึ่งได้แก่ สมรรถภาพทางสมอง ความบกพร่องทางระบบประสาท และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน โดยค่าคะแนนที่ได้จากการประเมินแสดงในตารางที่ 3

ครั้งที่ทำแบบประเมิน	1	2	3
สมรรถภาพทางสมอง	22.90±3.18	24.90±2.58	25.00±2.55
ความบกพร่องทางระบบประสาท	6.940±0.855	7.588±0.808	7.788±0.831
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน	64.45±14.60	73.18±12.15	76.08±11.29

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนจากแบบประเมินทั้ง 3 ชนิดในผู้ป่วยอัมพาตหลอดเลือดสมอง

แบบทดสอบ ครั้งที่ทำการทดสอบ	Thai Stress Test			GHQ-28(ข้อ8-14)		
	1	2	3	1	2	3
	r	r	r	r	r	r
ปัจจุบัน						
สมรรถภาพทางสมอง	0.122	-0.006	-0.259	-0.097	-0.118	-0.247
ความบกพร่องทางระบบประสาท	0.075	-0.171	-0.213	0.089	-0.210	-0.260
การสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตร ประจำวันขั้นพื้นฐาน	-0.013	-0.171	-0.587*	0.086	-0.122	-0.479*
			(p=0.001)			(p=0.002)
ลักษณะการดูแลผู้ป่วย	0.1	-0.094	-0.03	0.112	0.001	-0.048
การทำงาน	-0.072	-0.081	-0.124	0.273	0.014	-0.083
การเข้าสังคม	-0.036	0.081	-0.124	0.115	0.332*	0.821*
					(p=0.032)	(p=0.01)
สถานะการเงิน	0.094	0.004	0.616*	0.262	0.251	0.403*
			(p=0.01)			(p=0.01)
เพศของผู้ดูแล	0.042	0.12	0.05	-0.083	-0.081	-0.132

By Pearson , Spearman Rank correlation , p < 0.05 : significant\*

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ทำการศึกษากับระดับของภาวะเครียด และอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ

จากตารางที่ 3 ผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยคะแนนของสมรรถภาพทางสมอง ความบกพร่องทางระบบประสาท และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน เพิ่มขึ้นในการทำการทดสอบครั้งที่ 2 และ 3

นอกจากปัจจัยด้านผู้ป่วยแล้ว ยังได้นำปัจจัยเกี่ยวกับการดูแลและผลกระทบจากการดูแลมาหาค่าความสัมพันธ์กับระดับความเครียดและปัญหาทางสุขภาพจิตเรื่องอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับที่ได้จากการประเมินด้วยแบบคัดกรองสุขภาพจิต GHQ-28 ทั้ง 3 ช่วงเวลาดังตารางที่ 4

จากตารางที่ 4 พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทั้งความเครียดและอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับมีอยู่ 3 ปัจจัยซึ่งได้แก่ด้านปัญหาสถานะทางการเงิน

การเข้าสังคม และการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน โดยปัจจัยที่มีผลมากที่สุดคือ ปัจจัยด้านปัญหาสถานะทางการเงินของผู้ดูแลผู้ป่วยโดยสัมพันธ์แบบแปรตามกับความเครียดและอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (r = 0.616, p = 0.01, และ r = 0.403, p=0.01) รองลงมาคือการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานโดยสัมพันธ์แบบแปรผกผันกับความเครียดและอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (r = -0.587, p = 0.001, และ r = -0.479, p = 0.002) ส่วนผลกระทบต่อ การเข้าสังคมมีความสัมพันธ์กับอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับเมื่อทดสอบที่ 6 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์ (r = 0.332, p = 0.032, และ r = 0.821, p=0.01) ส่วนปัจจัยอื่นได้แก่ สมรรถภาพทางสมอง ความบกพร่องทางระบบประสาทการดูแลผู้ป่วยในช่วงที่ผ่านมาการทำงาน

การเข้าสังคมและเพศของผู้ดูแลไม่สัมพันธ์กับความเครียด และอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ

### บทวิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาค่าความชุกของความเครียดในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองที่ 3 ช่วงเวลาคือภายใน 2 สัปดาห์แรกยังไม่มีความเครียดเกิดขึ้น เมื่อ 6 สัปดาห์ความชุกของความเครียดเกิดขึ้นร้อยละ 2.5 และที่เวลา 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15 จะเห็นได้ว่าความเครียดของผู้ดูแลมีการเพิ่มขึ้นตามเวลาที่ผ่านไปตั้งการศึกษาของ Bugge และคณะ<sup>(4)</sup> พบค่าความชุกของความเครียด ร้อยละ 37 ที่เวลา 6 เดือน เมื่อดูจากการศึกษาของ Wilkinson และคณะ<sup>(10)</sup> พบค่าความชุกของความเครียด ร้อยละ 21 ที่เวลา 5 ปี Greveson และคณะ<sup>(11)</sup> พบค่าความชุกของความเครียด ร้อยละ 30 ที่เวลา 3 ปี พบว่าสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ได้

ปัจจัยที่ศึกษาว่าอาจมีผลต่อความเครียดในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองมีหลายอย่างได้แก่ สมรรถภาพทางสมอง ความบกพร่องทางระบบประสาทและการสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานของผู้ป่วย ปัจจัยด้านการเข้าสังคม การทำงาน สถานะทางการเงิน และเพศของผู้ดูแล

แต่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญมากที่สุดได้แก่ปัจจัยด้านปัญหาด้านสถานะการเงินน่าจะเป็นเพราะว่าเนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีสถานะทางการเงินเดิมที่ไม่ดีอยู่แล้วเมื่อต้องมาทำหน้าที่ผู้ดูแลโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองบางคนต้องออกจากงานที่ทำประจำหรืออาจจะต้องเปลี่ยนงานใหม่เพื่อที่จะปรับเวลาให้มาทำหน้าที่นี้ได้ทำให้อาจมีปัญหาด้านนี้มากขึ้นประกอบกับการที่ระบบสาธารณสุขพื้นฐานและระบบประกันสุขภาพยังไม่ครอบคลุมดูแลประชาชนได้ทั้งหมด

ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดตรงลงมาได้แก่การสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานของผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองนั้น ยิ่งถ้าผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยเพียงไรผู้ดูแลก็ต้องทำหน้าที่มากขึ้นเป็นผลให้อาจจะมีปัญหาความเครียดเกิดขึ้นได้ โดยที่ไม่พบความเครียดในครั้งที่แรกที่ทำแบบทดสอบทั้งที่

ในช่วงแรกนี้ผู้ป่วยส่วนมากมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้น้อยแต่กลับไม่มีความเครียดเกิดขึ้นในช่วงแรกอาจเป็นเพราะว่าผู้ดูแลเพิ่งจะมาทำหน้าที่ได้ไม่นาน และอาจจะยังหวังว่าผู้ป่วยจะหายได้เหมือนปกติ มีการศึกษาที่คล้ายกันของ Bugge และคณะ<sup>(4)</sup> แต่พบว่าความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานของผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองนั้นไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งอาจเป็นเพราะลักษณะของแบบทดสอบความเครียด เวลา และกลุ่มประชากรที่ทดสอบมีความแตกต่างกัน

ในส่วนของปัจจัยด้านปัญหาการเข้าสังคมที่มีผลต่ออาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับในผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองนั้น พบว่าในกลุ่มผู้ตอบแบบทดสอบซึ่งส่วนใหญ่ตอบว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นไม่มีผลต่อการเข้าสังคมนั้นแต่กลับมีแนวโน้มที่จะมีอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับเกิดขึ้น ดังนั้นถ้ามีการแนะนำให้ดูแลผู้ป่วยมีการหยุดพักหรือมีช่วงเวลาว่างจากการทำหน้าที่ผู้ดูแลน่าจะช่วยลดแนวโน้มในการเกิดอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับได้

ลักษณะของปัญหาสุขภาพจิตทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับซึ่งน่าจะเกิดขึ้นไวที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับลักษณะของปัญหาสุขภาพจิตด้านอื่นไม่ว่าจะเป็น อาการทางกาย ความบกพร่องทางสังคมและอาการซึมเศร้ารุนแรง

เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลาในการทำวิจัยครั้งนี้ น่าจะมีการศึกษาระยะยาวต่อไปในอนาคตเพื่อที่จะดูแนวโน้มของปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้นว่ามีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นมากเพียงใดและจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองอย่างไรเพื่อที่จะได้วางแผนทางป้องกันและแก้ไขต่อไป

### สรุป

ความชุกของความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมองเท่ากับร้อยละ 15 ที่เวลา 12 สัปดาห์ ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับนั้นได้แก่การสูญเสียความสามารถในการประกอบกิจวัตร

ประจำวันชั้นพื้นฐานของผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง  
ปัญหาสถานะการเงินในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือด  
สมอง ส่วนปัจจัยด้านการเข้าถึงคน นั้นมีความสัมพันธ์กับ  
อาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ

#### References

1. Stineman MG, Maislin G, Fiedler RC, Granger CV. A prediction model for functional recovery in stroke. *Stroke* 1997;28:550-6.
2. Roth EJ, Harvey RL. Rehabilitation of stroke syndromes. In : Braddom RL, eds. *Physical medicine and rehabilitation*, 2<sup>nd</sup> ed. United States of America: WB Saunders, 1996:1117-60
3. Beth MA, William E. Family caregiving for patients with stroke. *Stroke* 1999;30:1478-85
4. Bugge CRN, Alexander MS, Suzanne H. Stroke patients' informal caregivers: Patient, caregiver, and service factors that affect caregiver. *Stroke* 1999;30:1517- 23
5. Carnwath CM, Johnson DAW. Psychiatric morbidity among spouses of patients with stroke. *BMJ* 1987;294:409-11.
6. Glass TA, Matchar DB, Belyea M, Feussner J. Impact of social support on outcome in first stroke. *Stroke* 1993;24:60-4.
7. Scholte OP, Reimer WJM, de Haan RJ, Pijnenborg JMA, van den Bos GAM. Assessment of burden in partners of stroke patients with sense of competence questionnaire. *Stroke* 1998;29:373-9.
8. Kelly J, Winograd CH. A functional approach to stroke management in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1985;33:48-60.
9. Ward H, Morisky DE, Jones D. Prevention of multi-infarct dementia and stroke in ethnicity diverse population. In: Yeo G, Gallagher-Thompson D, eds. *Ethnicity and the dementias*. Washington, DC: Taylor & Francis, 1996:207-24.
10. Greveson GC, Gray CS, French JM, James CFW. Long-term outcome for patients and carers following hospital admission for stroke. *Age Ageing* 1991;29:337-44.
11. Wilkinson PR, Wolfe CDA, Warburton FG, Rudd AG, Howard RS, Ross-Russell RW, Beech RR. A long-term follow-up of stroke patients. *Stroke* 1997;28:507-12.

# Stress in the Caregivers of Stroke Patients

Israphong Yanyong, M.D.

Piyapat Patcharawiwatpong, M.D.

*Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University.*

**Yanyong I, Patcharawiwatpong P. Stress in the caregivers of stroke patients. J Thai Rehabil. 2003; 13(2): 63-70.**

## Abstract

**Objective :** 1.To study the prevalence of stress in the caregivers of stroke patients.  
2.To study the factors correlating with stress in the caregivers of stroke patients.

**Design :** Cross-sectional analytical descriptive study

**Setting :** Consecutive stroke patients consulted for rehabilitation program at the Department of Rehabilitation Medicine, Siriraj hospital between December 2001 - September 2002 and their caregivers.

**Method :** Each caregiver was administered the Thai Stress Test (TST) determining the prevalence of stress and the General Health Questionnaire 28 (GHQ-28) indicating domain of psychological problems. Each patient was administered Canadian Neurological Scale assessing impairment, Barthel Index assessing activity of daily living ability and Thai Mental State Exam assessing cognitive function. These tests were delivered 3 times in each group, within 2 weeks, at 6 weeks and at 12 weeks after the onset of stroke.

**Results :** Forty caregivers were 8 males (20%) and 32 females (80%). The average age was  $45.38 \pm 12.17$  years. The prevalence of stress was 15% (6 in 40 subjects) at 12 weeks, stress occurred none at the first visit and 2.5% (1 in 40 subjects) at the second visit. Anxiety was the significant problem, anxiety occurred none at the first visit, 2.5% (1 in 40 subjects) at the second visit and 17.5% (7 in 40 subjects) at the third visit. Forty stroke patients were 20 males (50%) and 20 females (50%). The average age was  $63.08 \pm 5.39$  years. The factors significantly correlate with both stress and anxiety in the caregiver at 12 weeks were the disability of the patient and poor financial status. The caregivers having no social participation problem started having significant anxiety at 6 weeks.

**Conclusion :** Disability of patients and poor financial status significantly correlated with both stress and anxiety in the caregivers.

**Keywords:** Stress, Caregiver, Stroke