

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคองในเขตอำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย

พัชรินทร์ แท้ตระกูล*

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นภาระที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรง ทำให้เกิดความวิตกกังวลจนส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าอันอาจส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเขตอำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจำนวน 46 คน ซึ่งเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป รายได้ การนอนหลับ ภาระงาน และพฤติกรรมของผู้ป่วย รวมทั้งการวัดภาวะซึมเศร้าด้วยแบบสอบถาม 2Q, 9Q สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล โดยใช้การวิเคราะห์ทั้งแบบ Univariate logistic regression และ Multiple logistic regression เพื่อประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

การศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 18 คน (ร้อยละ 39.13) และเพศหญิง 28 คน (ร้อยละ 60.87) อายุเฉลี่ย 59 ปี ผู้ดูแลเพศหญิงมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ดูแลเพศชาย โดยผู้หญิงที่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็น 71.43% เมื่อเทียบกับผู้ชายที่มีภาวะซึมเศร้า 28.57% แต่ความแตกต่างนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.332$) กลุ่มที่มีโรคประจำตัวมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่า โดยผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 9.99 เท่า ($p = 0.007$) ในขณะที่กลุ่มที่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บมีความเสี่ยงสูงขึ้นถึง 34.71 เท่า ($p = 0.022$) และกลุ่มที่นอนหลับน้อยกว่า 5 ชั่วโมงต่อวันมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 5.25 เท่า ($p = 0.031$) อีกทั้งผู้ดูแลที่รู้สึกเป็นภาระมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น 15 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003$) เมื่อวิเคราะห์ Multiple logistic regression พบว่าผู้ที่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Adjusted OR: 25.44, 95% CI: 1.07-600.40, $p = 0.045$) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางการเงิน การพักผ่อนที่เพียงพอ และสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล ซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ข้อมูลเหล่านี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลและพัฒนามาตรการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยแบบประคับประคอง

*โรงพยาบาลขุนตาล จังหวัดเชียงราย

Corresponding Author: Patcharin taetrakul E-mail: ptaetrakul@gmail.com

Received: 17 August 2025 Revised: 14 June 2026 Accepted: 30 June 2026

**Prevalence and Factors Associated with Depressive Symptoms Among Caregivers
of Palliative Care Patients in Khuntan District, Chiang Rai Province**

Patcharin taetrakul *

ABSTRACT

Caregiver burden in palliative care causes significant physical, emotional, and social distress, leading to anxiety and depression. This study aimed to investigate the prevalence and factors associated with depressive disorder among caregivers of palliative care patients in Khuntan district, Chiang Rai province. The sample consisted of 46 caregivers of palliative care patients. Data were collected through questionnaires that included general information, income, sleep patterns, workload, and patient behavior. Depression was assessed using the 2Q, 9Q questionnaire. The risk factors for depressive disorder in caregivers were analyzed using both univariate logistic regression and multiple logistic regression to identify the factors influencing the risk of depressive disorder in caregivers of palliative care patients.

The study included 46 caregivers, consisting of 18 males (39.13%) and 28 females (60.87%), with an average age of 59 years. Female caregivers had a higher risk of depressive disorder than male caregivers, with 71.43% of women at risk compared to 28.57% of men, though this difference was not statistically significant ($p = 0.332$). Caregivers with chronic diseases had a higher risk of depression ($p = 0.007$). Those with sufficient income but no savings had an increased risk ($p = 0.022$), as did caregivers who slept less than 5 hours per day ($p = 0.031$). Furthermore, caregivers who felt burdened had a significantly increased risk of depression ($p = 0.003$). Multiple logistic regression analysis revealed that caregivers with sufficient income but no savings were significantly more likely to experience depression (Adjusted OR = 25.44, 95% CI: 1.07-600.40, $p = 0.045$).

This study highlighted the importance of addressing the mental health of caregivers in palliative care, particularly focusing on financial support, adequate rest, and physical health, all of which significantly influence the risk of depressive disorder. These findings can inform the development of care plans and support measures aimed at reducing mental health risks and improving the long-term quality of life among caregivers.

Keywords: Depressive symptoms, Caregiver, Palliative care

* Khuntan hospital, Chiang Rai province

Corresponding Author: Patcharin taetrakul E-mail: ptaetrakul@gmail.com

Received: 17 August 2025 Revised: 14 June 2026 Accepted: 30 June 2026

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญมากขึ้นจากสถานะเศรษฐกิจสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ในปีพ.ศ.2553 องค์การอนามัยโลกได้รายงานสถานการณ์ภาระโรคทั่วโลก (global burden of disease) พบว่าปัญหาสุขภาพจิตและสารเสพติดเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life years) สูงถึงร้อยละ 7.4 ของการสูญเสียดัชนีปีสุขภาวะทั้งหมด โดยมีปีสุขภาวะที่สูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (years lived with disability) สูงที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มโรคอื่น¹ นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าในปี พ.ศ.2560 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลก ประมาณ 322 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศได้รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยในปีพ.ศ. 2554 พบว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะอันดับสองในผู้ชายรองจากอุบัติเหตุและเป็นอันดับสี่ในผู้หญิงรองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคความผิดปกติทางการรับรู้ตามลำดับ² แสดงให้เห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตที่จะก่อให้เกิดภาระสุขภาพอย่างมาก หากขาดนโยบายในการจัดการปัญหาที่ดีพอ

สถานการณ์โรคซึมเศร้าในสังคมซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพและเป็นโรคใกล้ตัวที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หากไม่ได้รับการรักษาอาจรุนแรงจนนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ จากข้อมูลสถิติปี พ.ศ. 2562 Department of mental health, 2019³ ระบุว่าทั่วโลกพบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ากว่า 322 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งทำให้ปัญหาภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาของโลกในปัจจุบันผู้ที่เผชิญภาวะซึมเศร้า นอกจากจะต้องดำเนินชีวิตประจำวันอยู่กับความผันผวนของอารมณ์

ในแต่ละวันที่สำคัญยังต้องเผชิญกับปัญหาของโรคเรื้อรังอื่น ๆ อันเป็นผลจากการทำหน้าที่ของร่างกายเปลี่ยนไป โดยมักจะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งปัญหาซึมเศร้าที่น่าห่วงที่สุดคือการนำไปสู่ภาวะฆ่าตัวตายซึ่งเป็นการตายก่อนวัยอันควรที่สามารถป้องกันได้และในประเทศไทยมี ข้อมูลปีพ.ศ.2562 Thai Health Promotion Foundation พบว่าประเทศไทยมีประมาณ 2.9 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 4.4 ของประชากรไทยทั่วประเทศ

ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หายและผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เป็นเหตุให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) มีความสำคัญการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) คือ การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะจำกัดชีวิต (Life limiting conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life threatening conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัด เยียวยาและบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต⁴ ในปี 2566 พบว่ามีผู้ป่วยแบบประคับประคองในเขตอำเภอขุนตาลจำนวน 78 คนโดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความจำเป็นที่จะต้องมีผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver) ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยอาจได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และด้านสังคมส่งผลทำให้สุขภาพโดยรวมแย่ลงรู้สึกท้อถอยหมดกำลังใจและส่งผลให้การดูแลผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้าเป็นอีกอาการหรือโรคหนึ่งที่มีพบได้ในผู้ดูแล หากผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าและไม่ได้รับการดูแลอาจทำให้เกิด ผลเสียที่รุนแรงตามมาได้ ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจึงเป็นกลุ่มที่ควรให้ความสนใจและไม่ควรมองข้าม

โรงพยาบาลขุนตาลเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง

(palliative care) จำนวน 78 คน (ข้อมูล ณ มิถุนายน 2566) ยังไม่เคยมีการเก็บข้อมูลสถิติของความชุกภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเขตอำเภอขุนตาลมาก่อน รวมถึงยังไม่มีเคยมีการวิเคราะห์ปัจจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเขตอำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยจึงจัดทำงานวิจัยชิ้นนี้ขึ้นมาเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนลดภาวะซึมเศร้าและเฝ้าระวังกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าเพื่อนำไปสู่ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) ของโรงพยาบาลขุนตาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

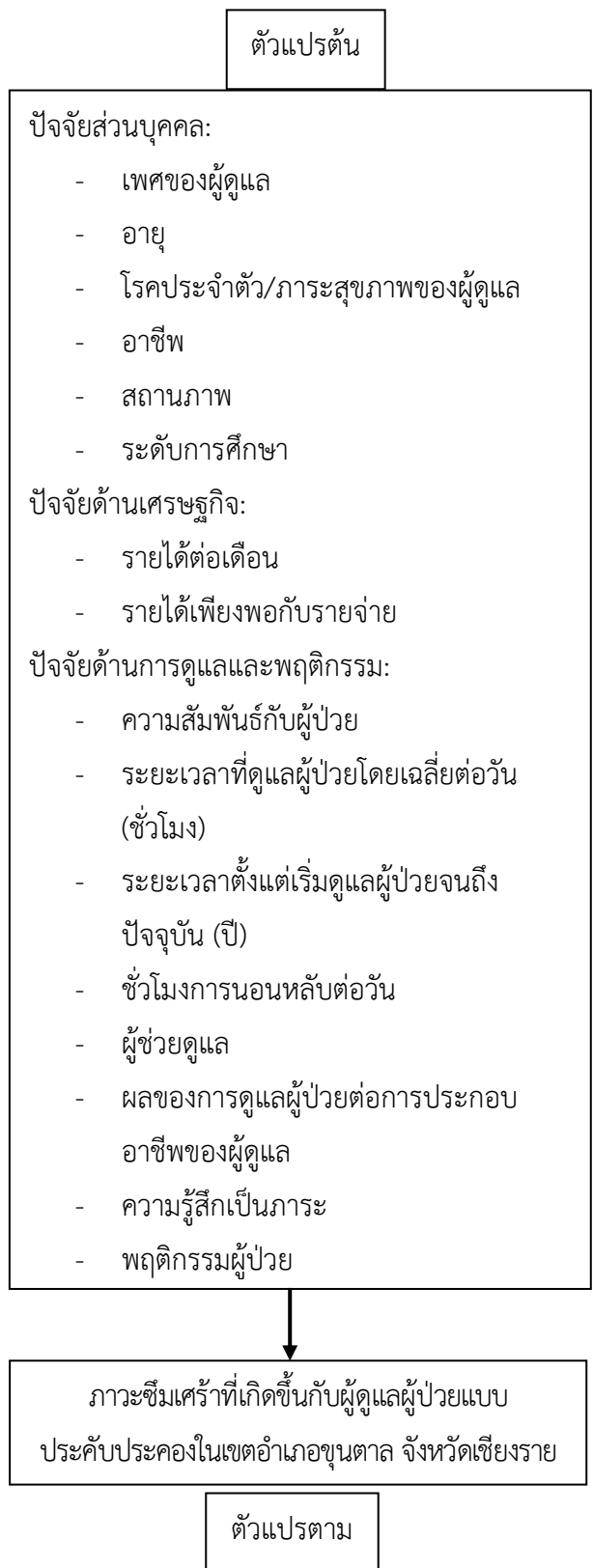
1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเขตอำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเขตอำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย

ตัวแปรที่ศึกษา

เพศของผู้ดูแล อายุ โรคประจำตัว/ภาระสุขภาพของผู้ดูแล อาชีพ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน รายได้เพียงพอกับรายจ่ายความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวัน (ชั่วโมง) ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน (ปี) ชั่วโมงการนอนหลับต่อวัน ผู้ช่วยดูแล ผลของการดูแลผู้ป่วยต่อการประกอบอาชีพของผู้ดูแล ความรู้สึกเป็นภาระ และพฤติกรรมผู้ป่วย มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเขตอำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional analytical research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 4 กันยายน พ.ศ. 2566 ถึง 31 ตุลาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเขตอำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย จำนวน 78 คน นำมาคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างต่อไปนี้คือขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนประชากรขนาดเล็ก

$$n = \frac{NZ^2 \frac{\alpha}{2} P(1-P)}{d^2 (N-1) + Z^2 \frac{\alpha}{2} P(1-P)}$$

เมื่อ n = จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ

$Z\alpha/2$ = ความเชื่อมั่นที่กำหนด = 1.96

P = สัดส่วนความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล = 0.08

d = Precision = 0.05

N = จำนวนประชากร = 78

ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 คน

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก

1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเขตอำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย

2. เป็นผู้ดูแลหลักที่ใช้เวลากับผู้ป่วยมากที่สุด

3. สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่

1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ผู้ป่วยได้เสียชีวิตไปแล้วในช่วงที่เก็บข้อมูล

2. ภายหลังสมัครใจเข้าร่วมโครงการแล้วไม่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลระหว่างการสอบถามข้อมูลเสร็จสมบูรณ์

3. ไม่สามารถสื่อสารและหรือให้ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ในการศึกษาในครั้งนี้ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามของโครงการวิจัย ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศของผู้ดูแล อายุ โรคประจำตัว/ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล อาชีพ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน รายได้เพียงพอกับรายจ่าย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ยต่อวัน (ชั่วโมง) ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน (ปี) ชั่วโมงการนอนหลับต่อวัน ผู้ช่วยดูแล ผลของการดูแลผู้ป่วยต่อการประกอบอาชีพของผู้ดูแล ความรู้สึกเป็นภาระพฤติกรรมผู้ป่วย ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสุขภาพจิตโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q, 9Q) เป็นเครื่องมือมาจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะวินิจฉัยซึมเศร้าหากได้คะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปโดยเครื่องมือนี้มีค่าความไวร้อยละ 86.15 ค่าความจำเพาะร้อยละ 83.12 ค่าความถูกต้องร้อยละ 83.29 ค่า positive likelihood ratio เท่ากับ 5.10 และค่า ROC area 0.897 (95% CI 0.85 – 0.94) เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) พบว่ากรณีมี 1 ข้อขึ้นไปให้ประเมิน 9Q ต่อเมื่อแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีคะแนน < 7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน ≤ 7-12 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย คะแนน ≤ 13-18 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง คะแนน ≤ 19 มีภาวะระดับรุนแรง หมายเหตุ คะแนน 9Q ≥ 7 ให้ประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

2. ดำเนินการออกเอกสารดำเนินการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูลเช่น แบบสอบถามงานวิจัย เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 4 กันยายน - 31 ตุลาคม พ.ศ. 2566 โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงโครงการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย โครงการวิจัยและให้ตัดสินใจ เข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าจะถูกเก็บเป็นภาพรวมและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างและแจ้งผลการคัดกรองให้ในกรณีมีภาวะซึมเศร้าและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะได้รับการส่งต่อเพื่อเข้ารับการดูแลที่โรงพยาบาลทันที กรณีที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะได้รับเอกสารและคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ดูแล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดย Univariate logistic regression และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเขตอำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงรายโดยใช้สถิติ Multiple logistic regression

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่โครงการ CR PPHO 104/2566 หนังสือรับรองเลขที่ ชร.0033.010/6447 ลงวันที่ 4 กันยายน 2566

ผลการวิจัย

จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเขตอำเภอขุนตาลจังหวัดเชียงรายพบว่าผู้ดูแลเพศหญิงมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ดูแลเพศชาย โดยมีผู้หญิงที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 10 คน คิดเป็น 71.43% ในขณะที่ผู้ชายมีจำนวน 4 คน คิดเป็น 28.57% อย่างไรก็ตามความแตกต่างนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.332$) ค่าเฉลี่ยของอายุในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าคือ 60.28 ± 15.11 ปี ซึ่งสูงกว่าเล็กน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มปกติที่มีค่าเฉลี่ย 59.25 ± 12.71 ปีแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.811$) อาชีพที่มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุดคือกลุ่มเกษตรกร โดยมี 7 คน (50.00%) ตามมาด้วยกลุ่มค้าขาย 3 คน (21.43%) และกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ 3 คน (21.43%) อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.785$) ผู้ที่แต่งงานหรือสมรส มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุดจำนวน 11 คน (78.57%) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่โสดที่มีเพียง 2 คน (14.29%) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.849$) ในกลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถม พบว่า 8 คน (57.14%) มีภาวะซึมเศร้า ในขณะที่กลุ่มที่จบการศึกษาระดับมัธยมมีเพียง 2 คน (14.29%) อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.883$) ผู้ดูแลที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีจำนวน 11 คน (78.57%) ที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มรายได้อื่นๆ ในขณะที่ผู้ที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท พบว่าเพียง 1 คน (14.29%) ($p\text{-value} = 0.208$) กลุ่มที่มีความสัมพันธ์

เป็นสามี/ภรรยากับผู้ป่วยมีการเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด คือ 7 คน (50.0%) ความแตกต่างนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.590$) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลที่ใช้เวลาดูแลผู้ป่วยมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน มีการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 12 ชั่วโมง โดยผู้ที่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวันมีจำนวน 8 คน (57.14%) ที่มีภาวะซึมเศร้าแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.216$) ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลามากกว่า 5 ปี มีการเกิดภาวะซึมเศร้าในจำนวนที่ใกล้เคียงกับผู้ดูแลผู้ป่วยมาไม่ถึง 5 ปี โดยกลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5 ปี มี 7 คน (50.00%) และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.152$) ผู้ที่ไม่มีผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย มีการเกิดภาวะซึมเศร้า 7 คน (50.00%) ในขณะที่ผู้ที่มีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย

มีการเกิดภาวะซึมเศร้า 7 คน (50.00%) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.096$) อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัวมีภาวะซึมเศร้า 12 คน (85.71%) ในขณะที่ในกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวมีภาวะซึมเศร้าเพียง 2 คน (14.29%) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) กลุ่มที่รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน มีภาวะซึมเศร้าสูงที่สุดโดยมีจำนวนถึง 6 คน (42.86%) และมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.031$) นอกจากนี้ผู้ที่นอนหลับน้อยกว่า 5 ชั่วโมงต่อวันมีภาวะซึมเศร้าสูงถึง 6 คน (42.86%) เมื่อเทียบกับผู้ที่นอนหลับมากกว่า 5 ชั่วโมงต่อวันที่มี 8 คน (57.14%) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.022$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

	ปกติ	ซึมเศร้า	รวม	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล				
เพศของผู้ดูแล				
ชาย	14 (43.75)	4 (28.57)	18 (39.13)	0.332
หญิง	18 (56.25)	10 (71.43)	28 (60.87)	
อายุ	59.25±12.71	60.28±15.11	59.56±13.32	0.811
โรคประจำตัว				0.003*
ไม่มี	20 (62.50)	2 (14.29)	22 (47.83)	
มี	12 (37.50)	12 (85.71)	24 (52.17)	
อาชีพ				0.785
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7 (21.88)	3 (21.43)	10 (21.74)	
เกษตรกรรวม	15 (46.88)	7 (50.00)	22 (47.83)	
ค้าขาย	6 (18.75)	3 (21.43)	9 (19.57)	
รับจ้าง	3 (9.38)	0 (0)	3 (6.52)	
อื่นๆ	1 (3.13)	1 (7.14)	2 (4.35)	

	ปกติ	ซึมเศร้า	รวม	p-value
สถานภาพ				0.849
โสด	5 (15.63)	2 (14.29)	7 (15.22)	
สมรส	23 (71.88)	11 (78.57)	34 (73.91)	
หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย	4 (12.50)	1 (7.14)	5 (10.87)	
ระดับการศึกษา				0.883
ไม่ได้ศึกษา	6 (18.75)	3 (21.43)	9 (19.57)	
ประถม	16 (50.00)	8 (57.14)	24 (52.17)	
มัธยม	8 (25.00)	2 (14.29)	10 (21.74)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2 (6.25)	1 (7.14)	3 (6.52)	
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ				
รายได้ต่อเดือน				0.208
ไม่มีรายได้	16 (50.00)	11 (78.57)	27 (58.70)	
น้อยกว่า 5,000 บาท	9 (28.13)	1 (7.14)	10 (21.74)	
5,001 ถึง 10,000 บาท	6 (18.75)	1 (7.14)	7 (15.22)	
มากกว่า 10,000 บาท				
รายได้เพียงพอกับรายจ่าย				0.031*
รายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ	13 (40.63)	0 (0)	13 (28.26)	
รายได้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ	3 (9.38)	4 (28.57)	7 (15.22)	
รายได้ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	6 (18.75)	4 (28.57)	10 (21.74)	
รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	10 (31.25)	6 (42.86)	16 (34.78)	
ปัจจัยด้านการดูแลและ				
พฤติกรรม				
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				0.590
สามี/ภรรยา	2 (6.25)	1 (7.14)	3 (6.52)	
บุตร	12 (37.50)	6 (42.86)	18 (39.13)	
บิดามารดา	4 (12.50)	0 (0)	4 (8.70)	
อื่นๆ				

	ปกติ	ซึมเศร้า	รวม	p-value
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ย				0.216
ต่อวัน (ชั่วโมง)				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ชั่วโมง	20 (62.50)	6 (42.86)	26 (56.52)	
มากกว่า 12 ชั่วโมง	12 (37.50)	8 (57.14)	20 (43.48)	
ระยะเวลาที่เริ่มดูแลผู้ป่วยจน				0.152
อายุถึงปัจจุบัน (ปี)				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	23 (71.88)	7 (50.00)	30 (65.22)	
มากกว่า 5 ปี	9 (28.13)	7 (50.00)	16 (34.78)	
ชั่วโมงการนอนหลับต่อวัน				0.022*
ไม่เกิน 5 ชั่วโมง	4 (12.50)	6 (42.86)	10 (21.74)	
มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชั่วโมง	28 (87.50)	8 (57.14)	36 (78.26)	
ผู้ช่วยดูแล				0.096
มีผู้ช่วยดูแล	24 (75.00)	7 (50.00)	31 (67.38)	
ไม่มีผู้ช่วยดูแล	8 (25.00)	7 (50.00)	15 (32.61)	
ผลของการดูแลผู้ป่วยต่อการ				0.248
ประกอบอาชีพ				
ไม่มีผลต่องาน	18 (56.25)	5 (35.71)	23 (50.00)	
ทำงานเดิมได้น้อยลง	13 (40.63)	8 (57.14)	21 (45.65)	
ต้องเปลี่ยนงานใหม่	0 (0)	1 (7.14)	1 (2.17)	
ออกจากงานเดิมและยังไม่มีงานใหม่	1 (3.13)	0 (0)	1 (2.17)	
ความรู้สึกเป็นภาระ				0.001
เป็นภาระ	2 (6.25)	7 (50.00)	9 (19.57)	
ไม่เป็นภาระ	30 (93.75)	7 (50.00)	37 (80.43)	
พฤติกรรมผู้ป่วย				0.124
ปลุกผู้ดูแลตอนกลางคืน	5 (15.63)	3 (21.43)	8 (17.39)	
โกรธและโมโหง่าย	4 (12.50)	5 (35.71)	9 (19.57)	
ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้น	23 (71.88)	6 (42.86)	29 (63.04)	

จากการวิเคราะห์ผลทางสถิติด้วย Univariate logistic regression เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยต่าง ๆ กับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ในผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง พบว่า ผู้ที่มีโรค ประจำตัวมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่ มีโรคประจำตัว 9.99 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=9.99; 95% CI=1.90-52.55) ผู้ดูแลที่มีรายได้ เพียงพอแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น อย่างมาก โดยมีค่า OR เท่ากับ 34.71 (OR=34.71;

95% CI=1.48-809.60) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้ เพียงพอและมีเหลือเก็บ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่นอน หลับไม่เกิน 5 ชั่วโมงต่อวันมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า สูงขึ้น 5.25 เท่า (OR=5.25; 95% CI=1.18-23.27) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างจำนวนชั่วโมงการนอนหลับที่น้อยลงต่อการเกิด ภาวะซึมเศร้า อีกทั้งผู้ดูแลที่รู้สึกเป็นภาระมีภาวะซึมเศร้า สูงขึ้น 15 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=15; 95% CI=2.54-88.39) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเขตอำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย

ตัวแปร	Univariate logistic regression			Multiple logistic regression		
	OR	95%	p-value	Adj.	95%	p-value
โรคประจำตัว						
ไม่มี	1			1	0.57-19.11	
มี	9.99	1.90-52.55	0.007	3.17		0.207
รายได้เพียงพอกับรายจ่าย						
รายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ	1			1		
รายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ	34.71	1.48-809.60	0.02	25.44	1.07-600.40	0.045*
รายได้ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	16.71	0.86-331.49	0.06	5.64	0.24-130.50	0.280
รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน						
ชั่วโมงการนอนหลับต่อวัน						
ไม่เกิน 5 ชั่วโมง	5.25	1.18-23.27	0.03	2.26	0.34-14.70	0.207
มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชั่วโมง	1					
ความรู้สึกเป็นภาระ						
เป็นภาระ	15.0	2.54-88.39	0.003	4.37	0.60-31.69	0.144
ไม่เป็นภาระ	1					

จากการวิเคราะห์ Multiple logistic regression เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองพบว่าปัจจัยหนึ่งที่มีนัยสำคัญทางสถิติในการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าคือผู้ที่มียาได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีค่า Adjusted Odds Ratio (Adj. OR) เท่ากับ 25.44 (OR=25.44; 95% CI=1.07-600.40) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอและมีเงินเหลือเก็บ สรุปได้ว่าปัจจัยเรื่องรายได้ที่เพียงพอแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ เป็นตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติในการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะซึมเศรียระดับน้อยในผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธิตินันท์ ธาณิรัตน์และคณะที่ทำการศึกษาศาสนาของภาวะซึมเศร้า วัดกักังวลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ⁷ พบว่าผู้ดูแลเพศหญิงมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ดูแลเพศชายโดยผู้หญิงที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าคิดเป็น 71.43% เมื่อเทียบกับผู้ชายที่มีความเสี่ยง 28.57% แต่ความแตกต่างนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.332) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปฐมพงศ์ จิตรน้อม ที่วิเคราะห์ปัจจัยระดับบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอำเภอบางพลี จังหวัดนครนายกที่พบว่าปัจจัยระดับบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง⁷ นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัวมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่าโดยผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า

9.99 เท่า (95% CI: 1.90-52.55, p-value = 0.007) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ของธนุศาสตร์ศิษย์ และคณะที่พบว่าปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01⁹ แต่ไม่สอดคล้องกับการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของบุษรา หิรัญสาโรจน์ที่พบว่าส่วนร้อยละของผู้ดูแลไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลสูงอายุภาวะสมองเสื่อมอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม¹⁰ และผลการวิจัยนี้พบว่ากลุ่มที่นอนหลับน้อยกว่า 5 ชั่วโมงต่อวันมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 5.25 เท่า (95% CI: 1.18-23.27, p-value = 0.031) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาศาสนาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ของ รสรณรัตน์ ภาควิชาการและคณะที่พบว่าการนอนหลับที่น้อยกว่า 5 ชั่วโมงของผู้ดูแลผู้ป่วยส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้นเป็น 5.03 เท่า¹¹ นอกจากนี้งานวิจัยนี้ยังพบว่าผู้ดูแลที่รู้สึกเป็นภาระมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น 15 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI: 2.54 - 88.39, p-value = 0.003) สอดคล้องกับการวิจัยความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ของธนุศาสตร์ศิษย์และคณะที่พบว่าความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01⁸ และสอดคล้องกับการศึกษาของรสรณรัตน์และคณะที่พบว่าความรู้สึกเป็นภาระ

มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01¹¹ และในขณะที่กลุ่มที่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ มีความเสี่ยงสูงขึ้นถึง 34.71 เท่า (95% CI: 1.48-809.60, p-value = 0.022) และเมื่อวิเคราะห์ Multiple logistic regression พบว่าผู้ที่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR: 25.44, 95% CI: 1.07-600.40, p-value = 0.045) ซึ่งหากวิเคราะห์พฤติกรรมของรายได้พอแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ พบว่าเกิดจากการใช้ชีวิตที่ขยายตัวตามรายได้แต่ไม่มีระบบตัดบัญชีเพื่อการเก็บออมอย่างจริงจังซึ่งผลการศึกษาี้สอดคล้องกับการวิจัยความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคสมองเสื่อม ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ของธนุศาสตร์ ศิริภิญโญและคณะที่พบว่า การไม่มีรายได้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้ดูแลไม่มีความเพียงพอของค่าใช้จ่ายจะส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01⁹

ผลการศึกษาของมณีรัตน์ ขาวบลและคณะ เรื่องปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเมษายน พ.ศ. 2564 พบว่าความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจและความพร้อมของผู้ดูแลสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹² ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาี้ แม้การศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในปี พ.ศ. 2566 แต่ก็มีผลสอดคล้องกับการศึกษาของนริวรรณ เขียวอิม ที่ทำการศึกษารื่องความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะ

ซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองโรงพยาบาลศรีสะเกษในช่วงระหว่างวันที่ 1 เมษายน- 13 มิถุนายน พ.ศ. 2568 ซึ่งพบความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองร้อยละ 40.9¹³

อย่างไรก็ตามประเด็นด้านภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญและพบอย่างต่อเนื่องในระบบบริการสุขภาพในปัจจุบัน โดยผลการศึกษายังคงสะท้อนบริบทการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในระดับชุมชนซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนบริการและการสนับสนุนผู้ดูแลได้

การศึกษานี้มีข้อดีคือแสดงให้เห็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเขตอำเภอขุนตาลซึ่งได้แก่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางการเงิน การพักผ่อนที่เพียงพอและสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามของโครงการวิจัยซึ่งประกอบไปด้วย 2 ส่วนดังที่กล่าวมาข้างต้นซึ่งผู้เข้าร่วมการศึกษางานผ่านสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยแต่มีปัญหาในการตอบแบบสอบถามในเรื่องของการอ่านและทำความเข้าใจในแบบสอบถามซึ่งผู้ทำการวิจัยได้ดำเนินการแก้ไขโดยการอ่านแบบสอบถามและอธิบายให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยเข้าใจเป็นรายบุคคล นอกจากนี้การศึกษายังมีข้อจำกัดคือขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก การใช้รูปแบบการวิจัย Cross-sectional design ทำให้ไม่สามารถสรุป causality ได้ การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางการเงิน การพักผ่อนที่เพียงพอ และสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล ซึ่งมีอิทธิพลอย่างมากต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยแบบ

ประคับประคอง ข้อมูลเหล่านี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลและพัฒนามาตรการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในระยะยาวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอแสดงความขอบคุณคุณคุณจามจุรี ศรีกันชัย พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงาน Palliative care โรงพยาบาลขุนตาลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้อเสนอแนะ

1.จากการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross sectional study) จึงระบุได้เพียงปัจจัยที่สัมพันธ์กันเท่านั้นในการทำวิจัยครั้งต่อไป จึงควรทำการศึกษาต่อยอดในรูปแบบ analytic study เพื่อให้สามารถระบุความสัมพันธ์แบบ causative relationship กับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้ดียิ่งขึ้น

2.การศึกษาในครั้งนี้ทำในประชากรคือผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเขตอำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงรายจำนวน 46 คน ซึ่งยังไม่มากพอในการทำวิจัยครั้งต่อไปอาจทำในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อเปรียบเทียบความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ ต่อไป เพื่อสามารถนำข้อมูลไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนบริการและการสนับสนุนผู้ดูแลได้

3.งานวิจัยนี้ไม่ได้ทำการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยของระดับ Palliative Performance Scale (PPS) ที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเขตอำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย จึงควรมีการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมในครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สนับสนุนให้มีการจัดตั้ง Palliative Care Ward กำหนดให้มีหอผู้ป่วยหรือทีมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลและการพัฒนา Hospice Care ระดับชุมชนโดยสนับสนุนให้มีบ้านพักประคับประคอง (Hospice) หรือศูนย์ดูแลระยะสุดท้ายในระดับท้องถิ่นในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- 1.Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. DOI:10.1016/S0140-6736(13)61611-6:1575-86.
- 2.International Health Policy Program (IHPP). Burden of Disease Thailand. Report of the burden of disease and injuries of Thai population 2011. Nonthaburi: International Health Policy Program; 2014.
- 3.Department of Mental Health. Department of Mental Health worried about “Thai youth” having depression suggest to those around you to listen with understanding [Internet]. Bangkok: Department of Mental Health; 2019 [cited 2026 Jan 26]. Available from: <https://gnews.apps.go.th/news?news=41688>. (in Thai)
- 4.ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับ เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๓ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ก.ค. 30]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.Ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF>

/2563/E/261/T_0003.PDF

5.American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

6.Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chuta W, Tanaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S, et al. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Results from Thai national mental health survey 2013 [Internet]. [cited 2023 Aug 1] Available from : https://dmh.go.th/ebook/files/prevalence_of_M_disorder_MH_problems_TNMHS2013.pdf

7.Thaneerat T, Panitangkool Y, Doungyota T, Tooreerach U, Kimsao P. Prevalence of Depression, Anxiety, and Associated Factors in Caregivers of Geriatric Psychiatric Patients. J Psychiatr Assoc Thailand 2016; 61(4): 319-30.

8.Chitnom P. Factors related to depression of caregivers of chronic disease patients in Pak Phli District Nakhon Nayok Province [Internet]. Nakhon Nayok: Nakhon Nayok Provincial Public Health Office; 2023 [cited 2023 Aug 1]. Available from: <https://nayok.moph.go.th/web/wp-content/uploads/2023/06/%E0%B8%99% E0%B8%9E-%E0%B8%9B%E 0%B8%90%E0%B8%A1%E0%B8%9E%E0%B8%87%E0%B8%A8%E0%B9%8C.pdf>

9.Sasipinyo D, Srisawart P, Suntibenjaku S. Prevalence of depression in caregivers of dementia patients at Dementia Clinic, King

Chulalongkorn Memorial Hospital. Chula Med Bull. 2019;1 (2):177-89.

10.Hiransaroj B, Wirojratana V, Vongsirimas N, Senanarong V. Factors Influencing Depressive Symptoms in Caregivers of Older Adults with Dementia. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2020;35(2):85-98.

11.Pakpakorn R, Kanchanatawan B, Charnnarong N. Prevalence and associated factors of depression in caregivers of patients with stroke at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Chula Med J. 2015;59(4):457-69.

12.Chawbol M, Wirojratana V, Wattanakitkri leart D. Factors Predicting Depressive Symptoms among Caregivers of Dependent Elderly. Nursing Science Journal of Thailand. 2022; 40(3): 90-104.

13.Khiaw-im N. Prevalence and risk factors of depression in caregivers of palliative patients, Sisaket hospital. MEDICAL JOURNAL OF SRISAKET SURIN BURIRAM HOSPITALS. 2025;40(3): 583-94.