# ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล ภาระค่าใช้จ่าย การสนับสนุนจากครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพา

*ทิพย์วารี เสนาะคำ* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)*
*นพวรรณ พินิจขจรเดช** ปร.ด.(การพยาบาล)*
*อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ*** ปร.ด.(การพยาบาล)*

**บทคัดย่อขยาย :**

ปัญหาสุขภาพเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุหลักที่นำมาสู่ข้อจำกัดและการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล และเป็นบุคคลที่ต้องพึงพาผู้อื่น มีความต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลายาวนานตลอดระยะเวลาที่ต้องดูแลรักษา นอกจากผู้ที่ต้องพึ่งพาต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของโรคอยู่เสมอแล้ว ผู้ดูแลก็จำเป็นต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การเจ็บป่วยเรื้อรังไม่ได้ส่งผลกระทบเฉพาะกับตัวบุคคลเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อครอบครัวหรือญาติที่ทำหน้าที่ดูแลเช่นกัน กลุ่มผู้ที่ต้องพึ่งพาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยซับซ้อนซึ่งล้วนต้องได้รับการดูแลในชีวิตประจำวันและการสนับสนุนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในบริบทของครอบครัวที่เป็นผู้รับภาระหลักในการดูแล สมาชิกในครอบครัวมักไม่ได้รับค่าตอบแทน และไม่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลทางสุขภาพอย่างเป็นระบบ แต่ต้องรับภาระในการปฏิบัติดูแล แบ่งเวลาจากภารกิจในชีวิตประจำวันของตนเองเพื่อดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพา มีผลทำให้ขาดรายได้จากการประกอบอาชีพ รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น ทำให้มีผลกระทบโดยตรงต่อชีวิตความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล โดยเฉพาะในชุมชนที่ขาดระบบสนับสนุนอย่างเป็นระบบ

การศึกษาเชิงพรรณนานี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล ภาระค่าใช้จ่าย และการสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพาโดยใช้กรอบแนวคิดหลักจากทฤษฎีภาระการดูแลของโอเบิร์ส ที่อธิบายว่า ภาระของผู้ดูแลเกิดจากความซับซ้อน ความหนักหน่วง และระยะเวลาของกิจกรรมการดูแลที่ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของผู้ดูแลทั้งในมิติทางร่างกาย จิตใจ และสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อภาระนั้นเกินกว่าศักยภาพในการรับมืออาจก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า ความเครียดและความรู้สึกโดดเดี่ยวในผู้ดูแล ควบคู่กับแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้นำแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Theory) มาใช้ประกอบ เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ของผู้ที่ต้องพึ่งพา (dependent agents) ซึ่งไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเข้ามาทำหน้าที่สนับสนุนในกิจกรรมชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ภายใต้ข้อจำกัดของเวลา พลังงาน และทรัพยากรส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลและผู้ที่ต้องพึ่งพาที่เข้ามารับการตรวจที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 85 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*

***Correspondence, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: noppawan.phi@mahidol.ac.th*

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*

*วันที่รับบทความ 18 พฤษภาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 3 มิถุนายน 2568 วันตอบรับบทความ 4 มิถุนายน 2568*

ตามกำหนดคัดกรองผู้ที่ต้องพึ่งพาโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living) เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ภาระค่าใช้จ่าย แบบวัดภาระการดูแล แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว และแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF (ฉบับภาษาไทย) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ต้องพึ่งพาส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย มีอายุเฉลี่ย 60.05 ปี (ช่วงอายุ 18–89 ปี) ส่วนใหญ่เคยประกอบอาชีพเกษตรกรก่อนการเจ็บป่วย (ร้อยละ 74.11) ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 77.65) และมีประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรังยาวนานเกิน 10 ปี (ร้อยละ 40.03) จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดำรงชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 61.17) ผู้ป่วยทั้งหมดมีระดับการพึ่งพาสูงถึงสูงมาก (ร้อยละ 18.82 และ 81.18 ตามลำดับ) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ที่ 2.69 (SD = 1.67) คือช่วยเหลือตนเองได้น้อยมาก สำหรับผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศชายมีอายุเฉลี่ย 57.02 ปี (ช่วงอายุ 17–84 ปี) โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยทำงานตอนปลายถึงวัยสูงอายุ มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 31.76) อาชีพหลักของผู้ดูแลคือเกษตรกร (ร้อยละ 37.65) ผู้ดูแลมีภาระการดูแลในระดับปานกลาง โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ค่าผ้าอ้อม อาหารทางสายยาง และอุปกรณ์การแพทย์ การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง ขณะที่คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.47$, $p < .01$) การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22$, $p = .04$) ส่วนภาระค่าใช้จ่ายไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ($r = .04$, $p = .71$) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการสนับสนุนจากครอบครัวและการช่วยเหลือลดภาระการดูแล และนำไปใช้เพื่อการส่งเสริมบทบาทครอบครัว การพัฒนานโยบายที่ลดภาระการดูแลเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในระยะยาว

**คำสำคัญ :** ผู้ดูแล ภาระการดูแล ผู้ที่ต้องพึ่งพา การสนับสนุนจากครอบครัว ภาระค่าใช้จ่าย คุณภาพชีวิต

# Relationships between Caregiver Burden, Financial Burden, Family Support, and Quality of Life among Caregivers of the Dependent Person

*Tipwaree Sanorkhum* M.N.S. (Adult and Gerontological Nursing)*
*Noppawan Phinitkhajorndech** Ph.D. (Nursing)*
*Apinya Siripitayakunkit*** Ph.D. (Nursing)*

**Extended Abstract:**

Chronic illness-related health problems are a primary cause of limitations or loss of self-care ability in individuals, resulting in long-term dependency on others for continuous care throughout the course of their treatment. Not only do individuals who depend on others frequently face changes in the pathological progression of their diseases, but caregivers must also continuously adapt to evolving treatment plans. Therefore, chronic illness impacts not only the affected individuals but also their families or relatives who assume caregiver roles. The majority of dependent groups are older people and those with disabilities, bedridden, and complex health conditions. These groups require ongoing daily care and health support, particularly within the family context, where caregiver responsibilities predominantly fall on family members. These family caregivers are typically unpaid and lack formal health care training, yet they bear the burden of providing care. This responsibility often requires reallocating time from their own daily activities to care for the dependent individual, resulting in lost income and increased treatment and care expenses. Consequently, these factors directly affect the caregivers' living conditions and overall quality of life, especially in communities lacking systematic support systems.

This descriptive study aimed to examine the relationships among caregiver burden, financial burden, and family support with the quality of life of caregivers of dependent persons. The study was guided by Oberst's Caregiving Burden Theory, which posits that caregiver burden arises from the complexity, intensity, and duration of continuous caregiver activities. Such a burden affects the caregiver's overall well-being, including physical, psychological, and social dimensions. In particular, when caregiver demands exceed the caregiver's capacity to cope, this may result in fatigue, stress, and a sense of isolation. In addition, the study incorporated Orem's Self-Care Deficit Theory, which helps explain the condition of dependent individuals who are unable to care for themselves adequately. Consequently, caregivers must step in to support daily living activities across physical, emotional, and social domains. This caregiving role is carried

**Master's student, Master of Nursing Science Program (Adult and Gerontological Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.*
***Correspondence, Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. E-mail: noppawan.phi@mahidol.ac.th*
****Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University*
*Received May 18, 2025, Revised June 3, 2025, Accepted June 4, 2025*

out under the constraints of time, energy, and personal resources. The sample consisted of 85 pairs of caregivers and their dependents who attended the outpatient department at Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. Participants were selected through purposive sampling and screened using the Barthel Activities of Daily Living (ADL) assessment. Research instruments included a personal information questionnaire, the Perceived Financial Burden scale, the Caregiver Burden Scale, the Family APGAR Questionnaire, and the WHOQOL-BREF (Thai version) to assess quality of life. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's correlation coefficient.

The findings revealed that most dependent individuals were in late adulthood, with a mean age of 60.05 years (range 18-89 years). The majority were previously employed in agriculture (74.11%), utilized the Universal Health Coverage scheme (77.65%), and had a chronic illness lasting more than 10 years (40.03%). More than half of them required medical equipment for daily living (61.17%). All participants had high to very high levels of dependency (18.82% and 81.18%, respectively), with an average Barthel ADL score of 2.69 (SD = 1.67), indicating very limited self-care ability. Most caregivers were male, with a mean age of 57.02 years (range 17-84 years), and were predominantly in late working age to aging. The highest education level achieved was secondary school (31.76%), and their primary occupation was agriculture (37.65%). Caregivers reported a moderate level of caregiving burden. The highest caregiving expenses were for adult diapers, enteral feeding, and medical equipment. Family support was rated high, while caregivers' quality of life was moderate. Statistical analysis showed a significant negative correlation between caregiver burden and quality of life ($r = -.47$, $p < .01$), and a significant positive correlation between family support and quality of life ($r = .22$, $p = .04$). However, no significant correlation was found between financial burden and quality of life ($r = .04$, $p = .71$). These findings highlight the critical role of family support and burden reduction strategies in promoting caregiver well-being and underscore the need for policies that address caregiver burden to improve their long-term quality of life.

Keywords: Caregivers, Caregiver burden, Dependent persons, Family support, Financial burden, Quality of life Caregiver burden

**Author Contributions:**

TS: Conceptualization, Method and design, Tool validation, Data collection, Data analysis, Writing and revising the manuscript

NP: Conceptualization, Method and design, Data analysis, Writing, revising, and editing the manuscript, Corresponding with editor-in-chief

AS: Conceptualization, Method and design, Conclusion, Recommendation, Revising the manuscript

**ความสำคัญของปัญหา**

ปัญหาสุขภาพเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุหลักที่นำมาสู่ข้อจำกัดหรือการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล และเป็นบุคคลที่ต้องพึงพาผู้อื่น ต้องการการดูแลต่อเนื่องใช้ระยะเวลายาวนานตลอดระยะเวลาที่ต้องดูแลรักษา นอกจากผู้ที่ต้องพึ่งพาต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของโรคอยู่เสมอแล้ว ผู้ดูแลก็จำเป็นต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่ได้ส่งผลกระทบเฉพาะกับตัวบุคคลเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อครอบครัวหรือญาติที่ทำหน้าที่ดูแล กลุ่มผู้ที่ต้องพึ่งพาที่ไม่ได้จำกัดอยู่แค่ผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังรวมถึงผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยซับซ้อน[1-2]

กลุ่มผู้ที่ต้องพึ่งพานี้ล้วนต้องการการดูแลในชีวิตประจำวันและการสนับสนุนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในบริบทของครอบครัวที่เป็นผู้รับภาระหลักในการดูแล[3-4] และเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่ได้รับการฝึกอบรมทางสุขภาพอย่างเป็นระบบ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระในการปฏิบัติดูแล การแบ่งเวลาจากภารกิจในชีวิตประจำวันของตนเองมาดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพา มีผลทำให้ขาดรายได้จากการประกอบอาชีพ รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น ทำให้มีผลกระทบโดยตรงต่อชีวิตความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล โดยเฉพาะในชุมชนที่ขาดระบบสนับสนุนอย่างเป็นระบบ[4-5]

การดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง และภาวะสมองเสื่อม มักต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด รวมถึงการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ การติดตามอาการ และการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งล้วนเพิ่มภาระให้กับผู้ดูแลในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เวลา และเศรษฐกิจ[6-7] โดยเฉพาะในครัวเรือนเกษตรกรรมที่มีรายได้ไม่แน่นอน แต่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากภาระงานการดูแลรวมถึงการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครอบครัวจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ประกอบกับการโยกย้ายแรงงานในเขตเมือง ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุหรือสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลเพียงลำพัง[8] ปัญหานี้ยิ่งทวีความรุนแรงเมื่อระบบสนับสนุนด้านสุขภาพและสังคมยังไม่ครอบคลุมเพียงพอในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท จึงนำไปสู่ภาวะความเครียดสะสมและคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ดูแล[5-6] กลุ่มผู้ที่ต้องพึ่งพาและผู้ดูแลจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับความสนใจอย่างเร่งด่วน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ลดความเหลื่อมล้ำ และเตรียมความพร้อมของระบบสุขภาพไทยรองรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลที่มีภาระในการดูแลสูงมักมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ โดยเฉพาะเมื่อขาดแหล่งสนับสนุนที่เพียงพอ รวมถึงต้องเผชิญกับภาระค่าใช้จ่ายจำนวนมากในระยะยาว[5,9] ขณะเดียวกันการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่ช่วยลดภาระและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลให้ดีขึ้น[10] โดยแนวคิดภาระการดูแลของโอเบิร์ส[11] ชี้ว่าภาระทางร่างกายและจิตใจจากการดูแลที่เกินกำลังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล[11] ขณะที่ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม[12] อธิบายว่าการที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้จำเป็นต้องมีผู้ดูแลมาชดเชย โดยหากขาดการสนับสนุน ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐกิจซึ่งคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสถานภาพชีวิตของตนเองในบริบทของวัฒนธรรม ระบบค่านิยม และความคาดหวัง ซึ่งสะท้อนถึงความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม[12] อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการลดภาระและส่งเสริมคุณภาพชีวิต[10,13] แต่ในบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทและกึ่งเมืองยังมี

งานวิจัยในประเด็นนี้อย่างจำกัด งานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาแบบองค์รวมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล ภาระค่าใช้จ่าย และการสนับสนุนจากครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลยังมีอยู่แบบจำกัดในบริบทของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมด้านสุขภาพมาโดยเฉพาะ

การสนับสนุนจากครอบครัวได้รับการยอมรับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพา โดยมีบทบาทในฐานะกลไกบรรเทาผลกระทบ (buffer mechanism) ที่ช่วยลดระดับความเครียดในการดูแล (caregiving stress) ซึ่งมักเกิดจากภาระการดูแล (caregiving burden) และภาระค่าใช้จ่าย (financial burden)[9,13-14] การสนับสนุนจากครอบครัว เช่น การให้กำลังใจ ความเข้าใจ การช่วยเหลือในการดูแล หรือการแบ่งเบาภาระงานบางส่วน มีลักษณะเป็นปัจจัยปกป้อง (protective factor) ที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับภาระความเครียดในการดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพาอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น[13-14]

จังหวัดพระนครศรีอยุธยาเป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทที่มีประชากรสูงอายุและผู้ที่ต้องพึ่งพาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[3] โดยเฉพาะในครัวเรือนเกษตรกรรมที่รายได้ไม่แน่นอน สมาชิกในครอบครัวมักต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุโดยไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ ซึ่งสะท้อนถึงความเปราะบางของระบบดูแลในระดับปฐมภูมิ ดังนั้น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล ภาระค่าใช้จ่าย และการสนับสนุนจากครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพาจึงมีความสำคัญในเชิงระบบสุขภาพ เพื่อทำความเข้าใจกลไกที่ส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ดูแล และเน้นบทบาทของการสนับสนุนจากครอบครัวในฐานะตัวแปรปกป้องที่ช่วยลดผลกระทบจากภาระด้านกายภาพและเศรษฐกิจ[10,13] ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่มีความใกล้ชิดกับกลุ่มเป้าหมาย และพบปัญหาผู้ดูแลที่มีภาระหนักและคุณภาพชีวิตต่ำ จึงมีความตั้งใจศึกษาประเด็นนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปพัฒนาระบบสนับสนุนผู้ดูแลในชุมชน เนื่องจากสามารถสะท้อนถึงกลไกที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะของผู้ดูแลอย่างรอบด้านโดยเฉพาะบทบาทของการสนับสนุนจากครอบครัวในฐานะตัวแปรปกป้องที่มีศักยภาพในการลดทอนผลกระทบจากภาระด้านกายภาพและเศรษฐกิจที่ผู้ดูแลต้องเผชิญ[10,13-14]

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาภาระการดูแล ภาระค่าใช้จ่าย การสนับสนุนจากครอบครัวและคุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล ภาระค่าใช้จ่าย การสนับสนุนจากครอบครัวกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพา

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดหลักจากทฤษฎีภาระการดูแลของโอเบิร์ส[11] ซึ่งอธิบายว่า ภาระของผู้ดูแลเกิดจากความซับซ้อน ความหนักหน่วง และระยะเวลาของกิจกรรมการดูแลที่ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของผู้ดูแลทั้งในมิติทางร่างกาย จิตใจ และสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อภาระนั้นเกินกว่าศักยภาพในการรับมืออาจก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า ความเครียดและความรู้สึกโดดเดี่ยวในผู้ดูแล[7,14] ควบคู่กับแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้นำแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองของโอเร็ม[12] (Orem's Self-Care Deficit Theory) เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ของผู้ที่มีภาวะพึ่งพา (dependent agents) ซึ่งไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเข้ามาทำหน้าที่สนับสนุนในกิจกรรมชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ภายใต้ข้อจำกัดของเวลา พลังงาน และทรัพยากรส่วนบุคคล

ภาวะพึ่งพานี้จึงเป็นแรงผลักสำคัญที่เพิ่มภาระในการดูแลให้แก่สมาชิกในครอบครัวโดยตรง และมีผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสำคัญ ขณะเดียวกัน การวัดผลกระทบของภาระการดูแลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอาศัยแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF) ซึ่งเน้นการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อคุณภาพชีวิตในสี่มิติ ได้แก่ ด้านกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม[15] แนวคิดนี้ช่วยให้เข้าใจผลกระทบจากบทบาทการดูแลได้อย่างรอบด้าน

กรอบแนวคิดการศึกษาในครั้งนี้เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล (caregiver burden) และภาระค่าใช้จ่าย (financial burden) และการสนับสนุนจากครอบครัว (family support) กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยการสนับสนุนจากครอบครัวมีบทบาทเป็นตัวแปรบรรเทา (buffering variable) ที่ช่วยลดผลกระทบของภาระทั้งสองต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในบริบทครอบครัวไทย โดยเฉพาะผู้ดูแลในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้รับการฝึกอบรม และต้องปฏิบัติหน้าที่อย่างต่อเนื่องโดยไม่มีค่าตอบแทน[5-7,10] การทำความเข้าใจกลไกเหล่านี้เป็นข้อมูลสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนการพัฒนาแนวทางการดูแลและนโยบายที่เหมาะสมกับบริบทได้อย่างมีประสิทธิภาพดังแสดงในแผนภาพที่ 1 (Figure 1)

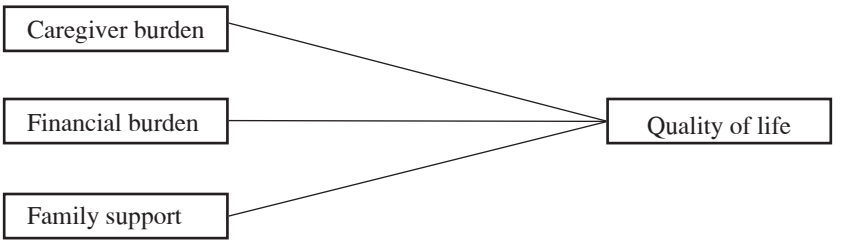



**Figure 1.** Conceptual framework

## สมมติฐาน

ภาระการดูแล ภาระค่าใช้จ่าย และการสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพา

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาเชิงวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ (correlational descriptive research) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือกลุ่มผู้ดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพาโดยคัดกรองผู้ที่ต้องพึ่งพาเพื่อเลือกผู้ดูแลในการศึกษา จากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity of Daily Living Index: BAI) ของโคลินและคณะแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล[16] ผู้ที่ได้รับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนนถือว่าเป็นผู้ที่ต้องพึงพา

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลที่อายุมากกว่า 60 ปีได้รับการคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่อง โดยใช้แบบทดสอบ 6CIT (6-Item Cognitive Impairment Test) ฉบับแปลและปรับโดย พรทิพย์ มาลาธรรม[17]และปรับปรุง ศึกษาทดสอบคุณสมบัติในการวัดโดยสุภาพ อารีเอื้อ และพิชญ์ประอร ยังเจริญ[18] มีค่าความไว 78.52% ค่าความเฉพาะในการคัดกรอง 100% ความเที่ยงด้านความคงที่ของการวัดโดยรวม .64 โดยกำหนดเกณฑ์คะแนนไม่

เกิน 7 คะแนน คือการรู้คิดปกติ มีความสามารถในการให้ข้อมูลได้อย่างเหมาะสม

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลที่เดินทางมากับผู้ที่ต้องพึ่งพาที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2565โดยสถานที่เก็บข้อมูลเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับทุติยภูมิให้บริการเชื่อมโยงกับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัด มีระบบการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลวิชาชีพ การจัดทำแผนการดูแลร่วมกับครอบครัวและการลงทะเบียนเพื่อเบิกอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เตียงลม และเครื่องดูดเสมหะ นอกจากนี้โรงพยาบาลยังมีการดำเนินงานผ่านระบบการพยาบาลทางไกล (Telenursing) และระบบ Smart COC (Smart Continuity of Care) ซึ่งเป็นโปรแกรมติดตามอาการผู้ป่วยเรื้อรังแบบบูรณาการร่วมกับเครือข่ายปฐมภูมิและครอบครัว รวมถึงมีการสนับสนุนบทบาทผู้ดูแลผ่านเครือข่าย Care Giver (CG) เพื่อสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งเอื้อต่อการศึกษาผู้ดูแลในบริบทจริงของระบบสุขภาพปฐมภูมิ

เลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลแบบเฉพาะเจาะจงโดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ 1) มีอายุมากกว่า 18 ปีบริบูรณ์ 2) ที่ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันผู้ที่ต้องพึ่งพาอย่างน้อย 3 กิจกรรมต่อวัน รวมถึงงานการดูแลเฉพาะต่อเนื่องนานอย่างน้อย 1 เดือน โดยไม่ได้รับค่าจ้างที่มาจากการดูแล 3) สามารถพูดสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย 4)การคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่องโดยใช้แบบทดสอบ 6CIT ไม่เกิน 7 คะแนน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเป็นผู้ที่เดินทางมาพร้อมกับผู้ที่ต้องพึ่งพาที่มารับบริการติดตามการรักษาที่โรงพยาบาล คัดกรองโดยพยาบาลประจำหน่วยที่มาตรวจและแนะนำผู้วิจัยกับผู้ร่วมวิจัยเพื่อขออนุญาตในการเข้าร่วมวิจัย

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.3[19] โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพล (effect size) พิจารณาจากงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล ภาระค่าใช้จ่าย และการสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบค่าสัมประสิทธิสหสัมพันธ์ (r ) ระหว่างตัวแปรที่สนใจอยู่ระหว่าง .35 ถึง .38 [6-7] ซึ่งมีขนาดอิทธิพลค่อนข้างสูงซึ่งเป็นการวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ยังไม่พบรายงานการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในงานวิจัยนี้ขนาดปานกลางเท่ากับ 0.25 เพื่อให้ครอบคลุมค่าคลาดเคลื่อนที่มีโอกาสเกิดจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างและค่าคลาดเคลื่อนจากเครื่องมือวัด ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 85 คนแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้รับอนุญาตในการใช้จากผู้สร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่ต้องพึ่งพา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ สิทธิ์การรักษาและการพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์ 2) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลโรคประจำตัว อาการเจ็บป่วยระหว่างการดูแล จำนวนชั่วโมงของการดูแลในแต่ละวัน ความเกี่ยวข้องกับผู้ที่ต้องพึ่งพา 3) แบบบันทึกภาระค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วยเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) แบบบันทึกภาระค่าใช้จ่าย ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ภาระค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ (direct-medical cost) เช่น ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและค่าอุปกรณ์ของใช้ของผู้ที่ต้องพึ่งพา ค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ (non-direct medical cost) เช่น ค่าบริการรถรับ-ส่ง ค่าเชื้อเพลิง ค่าที่พัก เป็นต้น

และค่าใช้จ่ายทางอ้อม (non-medical cost) เช่น การสูญเสียรายได้ของผู้ที่ต้องพึ่งพาและผู้ดูแล เป็นต้น

2) แบบประเมินการรับรู้ภาระค่าใช้จ่าย พัฒนาโดยจุฑามาศ เทียนสอาด[9] มีลักษณะเป็น Visual Analog Scale (VAS) โดยมีสเกลเป็นเส้นตรงแนวตั้งมีความยาว 20 เซนติเมตร มีเส้นแบ่ง 2 มิลลิเมตรเป็นคะแนน 1 คะแนนและมีตัวเลขกำกับทุก 5 เซนติเมตรโดยมีสเกลตั้งแต่ 0-100 โดยที่ 100 หมายถึง เป็นภาระค่าใช้จ่ายมากที่สุด ผู้วิจัยได้นำไปทดสอบกับผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 รายเพื่อประเมินความเข้าใจในภาษา ความยากง่าย ในการตอบคำถามพบว่าทั้ง 10 คนเข้าใจและตอบแบบประเมินได้

3) แบบวัดภาระการดูแลใช้แบบวัดภาระการดูแลสร้างโดยโอเบิร์ส (Caregiving Burden Scale: CBS) ซึ่งแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทยโดยสายพิณ เกษมกิจวัฒนา[20] มีลักษณะให้เลือกตอบจำนวน 15 ข้อโดยเครื่องมือมี 2 องค์ประกอบ คือ 1) ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแล แบบสอบถามมี 15 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน (1คะแนน คือ ไม่ต้องใช้เวลาในการดูแลเลย จนถึง 5 คะแนน คือ ใช้เวลาในการดูแลมากที่สุด) คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 15-75 การแปลผลคะแนนตามต้นฉบับ หากคะแนนมาก หมายถึง รับรู้ว่าใช้เวลาในการดูแลระดับมาก และ 2) ความยากลำบากในการดูแล มี 15 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน (1คะแนน คือไม่ยากลำบากในการดูแลเลย จนถึง 5คะแนน คือ มีความยากลำบากในการดูแลมากที่สุด) คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 15-75 หาก การแปลผลคะแนนตามต้นฉบับ คะแนนมาก หมายถึง รับรู้ว่ามียากลำบากในการดูแลมาก ผู้วิจัยได้นำไปทดลองกับผู้ดูแลที่มีลักษณะเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วนำมาทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) ของเครื่องมือทั้งชุดเท่ากับ .87 ในส่วนของปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลเท่ากับ .85 และความยากลำบากในการดูแลเท่ากับ .92 ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 คนครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค ของเครื่องมือทั้งชุดเท่ากับ .78 ในส่วนของปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลเท่ากับ .77 และความยากลำบากในการดูแลเท่ากับ .75

4) แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว (The Family APGAR Questionnaire) เป็นแบบวัดการสนับสนุนของครอบครัวสร้างโดยสมิลสไตน์และคณะ[21] แปลเป็นภาษาไทยโดยพรทิพย์ มาลาธรรม[22] เป็นแบบสอบถามประเมินความรู้สึกพึงพอใจต่อการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว จำนวน 5 ข้อโดยแบ่งเป็น 5 ด้านได้แก่ 1) การได้รับความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา 2) วิธีการพูดคุยและแก้ปัญหาร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว 3) การยอมรับในความต้องการของการทำสิ่งใหม่ ๆ 4) การแสดงความรักและเอาใจใส่ และ 5) การรับรู้การใช้เวลาอยู่ร่วมกัน แต่ละข้อมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน (0 = ไม่เคยพอใจ จนถึง 4= พอใจเสมอ) การแปลผลคะแนนตามต้นฉบับโดยคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0- 20 คะแนนมาก หมายถึง รู้สึกพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมาก ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค .66 และการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค .74

5) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (World Health Organization Quality of Life-BREF:WHOQOL-BREF) ฉบับย่อพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล[23] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 26 ข้อ มีข้อคำถามด้านบวก 23 ข้อ คำตอบเป็น

มาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แต่ละข้อมีคะแนนอยู่ระหว่าง 1–5 คะแนน (1 = ไม่เลย จนถึง 5 = มากที่สุด) และข้อคำถามด้านลบ 3 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนอยู่ระหว่าง 1–5 คะแนน (1 = มากที่สุด จนถึง 5 = ไม่เลย) คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 26–130 การแปลผลคะแนนตามต้นฉบับคะแนนมาก หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้วิจัยนำแบบวัดคุณภาพชีวิตไปทดลองใช้ในผู้ดูแลผู้ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน นำมาทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค .78 การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค .74

## การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาได้รับอนุมัติการทำวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (COA. MURA2021/404) เพื่อขออนุญาตในการทำวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย โดยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลจนถึงการนำเสนอข้อมูลผลการวิจัย ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจและให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมก่อนเริ่มทำการสัมภาษณ์แบบส่วนตัวและกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการขอถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนและอนุมัติให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและคณะกรรมการจริยธรรมในคนโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (เลขที่ อว 78.02 (วท)/02425) เพื่อขออนุญาตในการทำวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ที่งานบริการผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โดยพยาบาลประจำหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกแนะนำผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงและแจ้งวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนที่ปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ ทั้งนี้การออกแบบการวิจัยหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลต่อสิทธิหรือการรับบริการของตัวอย่างรวมถึงครอบครัวที่จะได้รับจากสถานบริการสุขภาพ ซึ่งข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ เมื่อตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยแล้วให้ลงนามในใบยินยอม จากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ที่ต้องพึ่งพา ข้อมูลภาระด้านการเงินจากการเจ็บป่วยและการดูแล การรับรู้ภาระค่าใช้จ่าย ภาระการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัวและคุณภาพชีวิตโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด–ต่ำสุด ค่าพิสัย วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank correlation) เนื่องจากการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สหสัมพันธ์สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ

## ผลการวิจัย

ผู้ที่ต้องพึ่งพาส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่ตอนปลาย มีอายุเฉลี่ย 60.05 ปี (ช่วงอายุ 18–89 ปี) โดยส่วนมาก

เคยประกอบอาชีพมาก่อนการเจ็บป่วย (ร้อยละ 74.11) โดยเฉพาะในภาคเกษตรกรรม (ร้อยละ 38.00) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 77.65) และมีประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรังยาวนานเกิน 10 ปี (ร้อยละ 40.03) โดยโรคที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 31.30) และโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ร้อยละ 26.90) นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนมากจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดำรงชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 61.17) โดยสายและอุปกรณ์ฟอกเลือดเป็นอุปกรณ์ผู้ดูแลรับรู้ว่าจำเป็นที่สุด (ร้อยละ 21.20) ทั้งนี้ ผู้ป่วยทั้งหมดมีระดับการพึ่งพาสูงถึงสูงมาก (ร้อยละ 18.82 และ 81.18 ตามลำดับ) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ที่ 2.69 (SD = 1.67) คือช่วยเหลือตนเองได้น้อยมาก

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 67.10) มีอายุเฉลี่ย 57.02 ปี (ช่วงอายุ 17–84 ปี) โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยทำงานตอนปลายถึงวัยสูงอายุ ลักษณะสถานภาพส่วนใหญ่เป็นโสด (ร้อยละ 51.80) และมีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 31.76) อาชีพหลักของผู้ดูแลคือเกษตรกรรม (ร้อยละ 37.65) และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิก 4–6 คน (ร้อยละ 77.60) ซึ่งสะท้อนถึงภาระในการดูแลหลายบุคคลภายในบ้าน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในฐานะคู่สมรส (ร้อยละ 35.30) ขณะที่มากกว่าครึ่งของผู้ดูแล (ร้อยละ 56.47) รายงานว่ามีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครัวเรือน

ในด้านเวลาการดูแล ผู้ดูแลใช้เวลาดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยวันละ 13.59 ชั่วโมง (SD = 3.82) โดยพบว่าร้อยละ 29.60 เป็นผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานานกว่า 10 ปี ขณะที่อีกร้อยละ 22.35 ให้การดูแลระหว่าง 2– 5 ปีและมีระยะเวลาการดูแลเฉลี่ย 7.20 ปี สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงภาระทางด้านร่างกาย จิตใจและเศรษฐกิจที่ผู้ดูแลต้องเผชิญอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน

ในด้านภาระการดูแล พบว่าผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระการดูแลในระดับปานกลาง ทั้งในด้านระยะเวลาในการดูแล (M = 42.65, SD = 9.65) ความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรม (M = 40.58, SD = 11.29) และภาระการดูแลโดยภาพรวม (M = 41.55, SD = 10.37) ภาระค่าใช้จ่ายที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ เฉลี่ยอยู่ที่ 13,600 บาทต่อเดือน โดยรายการที่ระบุว่าก่อภาระมากที่สุด ได้แก่ ค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ชุดให้อาหารทางสายยาง และสายสวนปัสสาวะ ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาสูง อีกทั้งยังมีภาระทางอ้อมจากการสูญเสียรายได้ของผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำงานได้ เฉลี่ย 1,698 บาทต่อเดือน ซึ่งอาจส่งผลต่อเสถียรภาพทางเศรษฐกิจของครัวเรือน รายละเอียดภาระค่าใช้จ่ายแสดงดังตารางที่ 1 (Table 1)

ผู้ดูแลรับรู้ว่าตนได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง (M = 11.15, SD = 2.36) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าผู้ดูแลรับรู้การได้รับความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา การยอมรับในความต้องการส่วนบุคคล การแสดงความรัก ความเอาใจใส่ และการใช้เวลาร่วมกับครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่การพูดคุยเพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกันยังอยู่ในระดับต่ำ

สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (M = 75.96, SD = 6.41) ซึ่งสอดคล้องกับระดับของภาระ ทั้งในด้านค่าใช้จ่ายที่รับรู้ว่าอยู่ในระดับปานกลาง (M = 61.95, SD = 14.09) และภาระการดูแล (M = 41.55, SD = 10.37) การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูงจึงอาจมีบทบาทสำคัญในการลดผลกระทบจากภาระเหล่านี้ และช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลให้สามารถปรับตัวและดำรงบทบาทการดูแลได้อย่างมีความต่อเนื่อง

**Table 1** The frequency, percentage of those with expenses, the median, and the range of expenses (N = 85)

| Expense burden (Baht/Month) | Frequency (%) | Median | Min-Max |
|---|---|---|---|
| **Medical-related expenses** | | | |
| Personal items/medical equipment expenses | 22 (25.88) | 2500 | 500-5000 |
| Non-reimbursable medication expenses | 8 (9.41) | 300 | 30-5200 |
| Wound care service/ device replacement expenses | 30 (35.29) | 200 | 100-300 |
| **Non-medical-related expenses** | | | |
| Adult diapers expenses | 63 (74.11) | 2500 | 1400-6000 |
| New accommodation/renovation/repair expenses | 37 (43.53) | 1500 | 800-15000 |
| Medical/ supplemental food expenses | 44 (51.76) | 600 | 300-5000 |
| Travel expenses for medical visits/emergencies | 40 (47.06) | 200 | 500-1200 |
| **Indirect expenses** | | | 3000-8500 |
| Loss of a dependent person's income | 40 (47.06) | 3000 | 6500-12000 |
| Loss of caregiver income | 40 (47.06) | 4500 | 500-3200 |
| Medical equipment repair expenses | 31 (36.47) | 500 | |

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล ภาระค่าใช้จ่าย และการสนับสนุนจากครอบครัว กับคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพาโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนพบว่า ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.47$, $p < .01$) การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22$, $p = .04$) ภาระค่าใช้จ่ายไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .04$, $p = .71$) ดังตารางที่ 2 (Table 2)

**Table 2** Spearman's correlation coefficient ($r_{sp}$) between caregiver burden, financial burden, and family support with the quality of life as perceived by caregivers of dependent persons (N = 85)

| Variables | Correlation coefficients ($r_{sp}$) with QOL |
|---|---|
| Caregiver burden | $-.47^{**}$ |
| Family support | $.22^{*}$ |
| Financial burden | .04 |

$^{*}$ p-value < .05, $^{**}$ p-value < .01

## อภิปรายผล

ในบริบทของชุมชนกึ่งชนบทที่รายได้ของครอบครัวมาจากสมาชิกภายในครอบครัว จากการเจ็บป่วยเรื้อรังของสมาชิกที่ต้องพึ่งพาการดูแลอย่างต่อเนื่องมากกว่า 10 ปีส่งผลกระทบโดยตรงต่อเศรษฐานะของครัวเรือน[3-4,6] จากการเผชิญสถานการณ์นี้ในระยะยาวทำให้ครอบครัวต้องมีผู้ดูแลหลักที่เป็น

บุคคลเดิมมาเป็นผู้ดูแลสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี แตงวงษ์และคณะ[7] ที่พบว่า ผู้ดูแลในครัวเรือนที่มีผู้ป่วยพึ่งพาสูงมักเป็นสมาชิกคนเดิมที่ทำหน้าที่ดูแลอย่างต่อเนื่องเกิน 5 ปี และมีความเสี่ยงต่อภาวะเหนื่อยล้าสะสมทั้งทางร่างกายและจิตใจซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเบิร์ส[11] ที่ระบุว่าความซับซ้อนและความต่อเนื่องของกิจกรรมการดูแลเป็นปัจจัยกระตุ้นภาระที่ผู้ดูแลรับรู้ซึ่งหากขาดการสนับสนุนที่เหมาะสมอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ในระยะยาว

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกกลุ่มผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 22.35) มักเผชิญความท้าทายในการปรับตัวกับบทบาทใหม่โดยเฉพาะในกิจกรรมการดูแลเฉพาะ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การทำแผลและการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ซึ่งต้องอาศัยทักษะเฉพาะและมีรายงานจากบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องว่าผู้ดูแลกลุ่มนี้มักมีข้อสงสัยและความไม่มั่นใจสูงกว่าผู้ที่มีประสบการณ์ดูแลระยะยาวยิ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการสนับสนุนผ่านการฝึกอบรมและติดตามช่วยเหลือผู้ดูแลในกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่องสถานการณ์ดังกล่าวบ่งชี้ถึงความเหนื่อยล้าเรื้อรังและผลกระทบทางจิตใจที่อาจสะสมในระยะยาว[6,13-14]

ในด้านภาระค่าใช้จ่าย พบว่า รายการที่เป็นภาระต่อผู้ดูแลมากที่สุดคือค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่ซึ่งจำเป็นต้องใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว อย่างไรก็ตามในพื้นที่ศึกษายังไม่มีระบบเบิกจ่ายผ้าอ้อมผู้ใหญ่ที่มีประสิทธิภาพจากภาครัฐหรือท้องถิ่น และพบว่าผู้ดูแลจำนวนมากไม่ทราบถึงสิทธิ์ในการรับการสนับสนุน ทำให้ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้วยตนเองทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบในการศึกษาของบุศราวดี แสงสุวรรณและคณะ[24] ที่ชี้ว่าความไม่ทั่วถึงของระบบสวัสดิการในระดับชุมชนเป็นอุปสรรคสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีรายได้น้อยและขาดการเข้าถึงข้อมูล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัย โดยชี้ให้เห็นว่าเมื่อระดับภาระการดูแลเพิ่มสูงขึ้น คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลย่อมมีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในกลุ่มที่ต้องดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องใช้เวลา แรงกาย และแรงใจอย่างมากในการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลเผชิญกับความเหนื่อยล้า การสูญเสียอิสรภาพในการใช้ชีวิต และข้อจำกัดในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทั้งนี้สะท้อนถึงผลกระทบในมิติต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิต ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ หรือสังคม[7,15 24]

ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของสิริชัย เมี้ยนมิตร และคณะ [25] ที่รายงานว่าภาระการดูแลมีผลเชิงลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในทุกมิติ โดยเฉพาะด้านสุขภาพจิต และยังพบว่าในกลุ่มผู้ดูแลระยะยาว ความเหนื่อยล้าสะสมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหากไม่มีระบบสนับสนุนที่เหมาะสมและผลการศึกษาในประเทศเวียดนามของเหงียน ฮวางและคณะ [26] ยังชี้ให้เห็นว่าภาระการดูแลที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด วิตกกังวล และความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดูแลที่มีเวลาการดูแลมากกว่า 10 ปี ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงความเป็นสากลของปรากฏการณ์นี้ และยืนยันบทบาทของภาระการดูแลในฐานะปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิต หากไม่มีแหล่งสนับสนุนหรือกลไกป้องกันที่เพียงพออาจนำไปสู่ภาวะหมดไฟในการดูแล (caregiver burnout) และคุณภาพชีวิตที่ถดถอยในทุกด้าน[14]

การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัย และสนับสนุนข้อเสนอในแนวคิดของโอเบริส์[11] ที่ระบุว่าปัจจัยด้านสังคมและความสัมพันธ์ในครอบครัวสามารถทำหน้าที่เป็นกลไกบรรเทาผลกระทบ (buffer

mechanism) ต่อความเครียดจากภาระการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การศึกษาของ อังและคณะ[27] ยังรายงานว่าผู้ดูแลที่ได้รับความช่วยเหลือทางอารมณ์และแรงงานจากสมาชิกครอบครัวมีแนวโน้มรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับที่ดีกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ขาดระบบสนับสนุนภายในครัวเรือน

ในบริบทของครอบครัวไทยซึ่งยังคงมีลักษณะของครอบครัวขยายและมีความใกล้ชิดทางความสัมพันธ์ระหว่างรุ่น การอยู่ร่วมกันอย่างใกล้ชิดทำให้เกิดการสนับสนุนหลากหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระงานดูแล การพูดคุยปรึกษาหารือ การให้กำลังใจ หรือแม้แต่การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนในลักษณะนี้ไม่เพียงช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้ดูแล แต่ยังเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในบทบาทและหน้าที่ที่รับผิดชอบ ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและรับมือกับสถานการณ์การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น[22] การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างสุขภาวะด้านจิตใจและการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีโดยผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนมีระดับความเครียดต่ำลงและมีความสามารถในการรักษาสมดุลชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว[24]

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงถึงบทบาทของครอบครัวในฐานะแหล่งสนับสนุนหลักที่ไม่เพียงแต่ช่วยลดผลกระทบจากภาระการดูแลและภาระค่าใช้จ่าย แต่ยังมีส่วนสำคัญต่อการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในทุกมิติ ทั้งในเชิงกาย จิตใจ และสังคม ในด้านภาระค่าใช้จ่าย แม้จะไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ แต่ข้อสังเกตสำคัญคือ การเก็บข้อมูลในช่วงเหตุการณ์ที่ไม่ปกติคือช่วงของสถานการณ์โควิด-19 และอุทกภัยในพื้นที่เป็นเวลานาน ซึ่งรัฐบาลและองค์กรท้องถิ่นมีมาตรการสนับสนุนต่าง ๆ เช่น การแจกเวชภัณฑ์ เงินเยียวยา และบริการเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้ภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวลดลงชั่วคราว ซึ่งอาจมีผลต่อค่าความสัมพันธ์ในเชิงสถิติ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาในช่วงเวลาสถานการณ์ปกติเพื่อประเมินตามความเป็นจริง

โดยสรุป ภาระการดูแลส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในมิติต่าง ๆ ขณะที่การสนับสนุนจากครอบครัวช่วยเสริมสร้างสุขภาวะให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและดำรงชีวิตได้ดีขึ้น ผลการศึกษานี้สนับสนุนความสำคัญของการพัฒนาแนวทางบูรณาการด้านนโยบายและบริการเพื่อเสริมสร้างระบบสนับสนุนผู้ดูแลในชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพาสูง และอยู่ในระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

**ด้านการบริหาร**

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายและวางแผนโครงการต่าง ๆ เกี่ยวกับการส่งเสริมและช่วยเหลือกลุ่มผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลรายใหม่ที่ยังขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพา ควรมีการออกแบบโปรแกรมฝึกทักษะที่เน้นกิจกรรมการดูแลเฉพาะ และการสังเกตภาวะแทรกซ้อน รวมถึงควรมีระบบการติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายผู้ป่วย และการจัดช่องทางให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพหรือคำปรึกษาได้สะดวกในกรณีฉุกเฉิน เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและประสิทธิภาพในการดูแล ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

**ด้านการปฏิบัติการพยาบาล**

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลจำนวนไม่น้อยเป็นผู้ที่เพิ่งเริ่มมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย และมีความไม่มั่นใจในกิจกรรมการดูแลเฉพาะด้าน เช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูแลแผล และการดูแลผู้ป่วยติดเตียง จึงควรส่งเสริมให้หน่วยบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมินำข้อมูลจากงานวิจัยนี้ไปใช้ในการออกแบบ

ระบบสนับสนุนผู้ดูแล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดูแลรายใหม่ที่ยังขาดประสบการณ์ ทั้งนี้อาจดำเนินการผ่านการประเมินความต้องการของผู้ดูแลเชิงระบบ (individual caregiver needs assessment) เพื่อออกแบบกิจกรรมเสริมทักษะที่ตรงจุด รวมถึงจัดบริการติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย (home follow-up) และสนับสนุนช่องทางการเข้าถึงบริการกรณีฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที

นอกจากนี้ ควรมีการส่งเสริมสภาพแวดล้อมในครอบครัวให้เอื้อต่อการดูแลระยะยาว ด้วยการกระตุ้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการพูดคุย แบ่งเบาภาระ และร่วมแก้ไขปัญหาการดูแลในชีวิตประจำวัน เพื่อลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้ดูแล และเสริมสร้างความยั่งยืนในการดูแลที่บ้านอย่างมีคุณภาพ

**ด้านการวิจัย**

จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของภาระการดูแล และการสนับสนุนจากครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในบริบทครอบครัวไทยที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาอย่างต่อเนื่อง เสนอแนะให้การวิจัยในอนาคตมุ่งเน้นการศึกษาปัจจัยเชิงทำนาย (predictive factors) ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในแต่ละมิติ เช่น สุขภาพจิต เศรษฐานะ และความสามารถในการปรับตัว เพื่อให้สามารถออกแบบกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาวะของผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมทางการพยาบาล (intervention program) ที่มุ่งเสริมสร้างการสนับสนุนจากครอบครัว ทั้งในด้านอารมณ์ แรงงาน และการสื่อสาร โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดูแลที่เพิ่งเริ่มต้นบทบาทการดูแลหรืออยู่ในบริบทที่ขาดเครือข่ายสังคมรองรับ การวิจัยในลักษณะนี้จะสามารถสร้างองค์ความรู้ใหม่และพัฒนาแนวทางการสนับสนุนผู้ดูแลในระยะยาวได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

## ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ดูแลและผู้ที่ต้องพึ่งพาที่เข้ามารับการตรวจที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 85 รายที่มีคุณสมบัติเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 และน้ำท่วม จึงมีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มที่คุณสมบัติแตกต่างกันได้

การเก็บข้อมูลวิจัยในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และการให้บริการแบบ new normal ที่เน้น Telemedicine ทำให้ผู้ดูแลบางส่วนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงเทคโนโลยีสื่อสาร อาจไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ตรงตามความเป็นจริงภายในเวลาที่มีจำกัด รวมถึงข้อมูลบางประเด็นโดยเฉพาะภาระค่าใช้จ่าย อาจไม่สะท้อนความเป็นจริงได้ครบถ้วน เนื่องจากผู้ตอบแบบสอบถามอาจไม่ใช่บุคคลที่รับผิดชอบโดยตรงเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ซึ่งอาจทำให้ค่าที่รายงานต่ำกว่าหรือสูงกว่าความเป็นจริง

## เอกสารอ้างอิง


1. World Health Organization. World population prospects: The 2022 revision. New York: United Nations; 2022. World Health Organization. World population prospects: The 2022 revision. New York: United Nations; 2022.
2. Information and Communication Technology Center. Thai aging population: Present and future. Bangkok: Ministry of Digital Economy and Society; 2020. (in Thai)
3. Ayutthaya Provincial Statistical Office. Indicators of elderly population. Ayutthaya: National Statistical Office; 2022. (in Thai)
4. Boonwas K, Supanunt T, Chunhabordee A, Wae N. Caregiver stress and needs in caring disabled. Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017;4(1):205-16. (in Thai)

5. Songsangchan J, Thanasilpu S, Pudpong S. Factors predicting quality of life in family caregivers of terminal cancer patients. Royal Thai Navy Medical Journal. 2017;44(2):111-30. (in Thai)
6. Lunpila C. Factors related to burden of caregivers for the elderly bed-bound in Muang District, Mahasarakham. Mahasarakham Hospital Journal. 2021;18(2):33-43. (in Thai)
7. Tangwong S. Caregiving burden and quality of life amongst caregivers of the elderly in Nakhon Pathom Province. Christian University Journal. 2016;22(3):352-65. (in Thai)
8. Protawin T. Strengthening of the warmness for specific family in the target areas of the warmth family. Journal of Social Work and Social Administration. 2020;28(1):197-234. (in Thai)
9. Tiansaard J, Chaiviboontham S, Phinitkhajorndech N. Perception of symptom burden, financial burden, and quality of Life in patients with end stage renal disease undergoing hemodialysis. Ramathibodi Nursing Journal. 2017;23(1):60-77. (in Thai)
10. Sanprakhon P, Chusri O, Wongwiseskul S. Effect of family caregiving support on caregiving burden among family caregivers of older persons with dementia. Journal of Health and Nursing Research. 2020;36(3):45-56. (in Thai)
11. Oberst MT. The Caregiving Burden Scale: Assessment of caregiving in chronic illness. J Nurs Meas. 1991;6(1):51-63.
12. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 5th ed. St. Louis: Mosby; 1991.
13. Gadudom P, Apinyalungkon K, Janjaroen K, Wae N. Family roles to increase quality of life of older persons in a changing situation. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2018;5(3):300-10. (in Thai)
14. Yoosamran K, Chanaphant S, Keankarn P. Stress and stress-coping of caregivers for dependent older adults, Mueang district, Nakhon Ratchasima Province. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2022;16(1):1-16. (in Thai)
15. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychol Med. 1998;28(3):551-8.
16. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. Age Ageing. 1994; 23(2):97-101. doi: 10.1093/ageing/23.2.97.
17. Malathum P. The Six Item Cognitive Impairment Test: 6CIT. [Unpublished documents]. Bangkok: Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.
18. Aree-Ue S, Youngcharoen P. The 6-Item cognitive function test-Thai version: Psychometric property testing. Ramathibodi Nursing Journal. 2020;26(2):188-202. (in Thai)
19. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175-91.
20. Kasemkitwattana S. A causal model of stress in the role of wives of chronically ill patients as caregivers [dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 1993. (in Thai)
21. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. J Fam Pract. 1982;15(2):303-11.
22. Malathum P. A model of factors contributing to perceived abilities for health-promoting self-care of community-dwelling Thai older adults [dissertation]. Austin: The University of Texas at Austin; 2001.
23. Mahatnirakul S, Pumpisanchai V, Wongsuwan K, Tuntipivanakul W, Pornmanarangkul W. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). Chiang Mai: Suanprung Hospital; 2002. (in Thai)
24. Sangsuwan B, Thanapop C, Thanapop S. Health, working conditions, and health behaviors of the dependency older care givers, Nakhon Si Thammarat province. In: Proceedings of the 5th National Conference on Science, Technology, and Innovation; 2023. p. 136-48. (in Thai)

25. Meanmit S, Wongpanarak N. The Relationships between mental health literacy, social support, quality of life, and caregiver burden in caregivers of people with schizophrenia. Journal of Health Nursing Education. 2025;30(1):46-64. (in Thai)
26. Nguyen LHT, Nguyen PM, Nguyen TM, Yamada T. Vietnamese family caregivers' adjustment process to their caregiving role. Belitung Nurs J. 2021;7(6):476-483. doi: 10.33546/bnj.1667.
27. Aung TNN, Aung MN, Moolphate S, Koyanagi Y, Supakankunti S, Yuasa M. Caregiver burden and associated factors for the respite care needs among the family caregivers of community dwelling senior citizens in Chiang Mai, Northern Thailand. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(11):5873. doi: 10.3390/ijerph18115873.