



Factors Predicting Caregiver Burden in Caregivers of Bedridden Older Adults*

ปัจจัยทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง*

Atchamat	Pandang**	อัชฌามาต	ปานแดง**
Phanida	Juntasopeepan***	พนิดา	จันทโสภีพันธ์***
Kanjana	Thana****	กาญจนา	ธนาะ****

Abstract

Providing care for bedridden older adults is complex and time-consuming, often impacting the physical and mental health of caregivers, leading to caregiver burden. This correlational predictive study aimed to assess caregiver burden among caregivers of bedridden older adults, and examine factors predicting caregiver burden, including social support, stress, and hours of care per day. Using purposive sampling, the study included 120 caregivers of bedridden older adults who: identified as the primary caregiver, were family members, had been providing unpaid care for at least three months, and resided in Nakhonsawan Province. The research instruments included a personal information questionnaire, the Zarit Burden Interview (ZBI), the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), and the Perceived Stress Scale (PSS). Data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression analysis.

The results showed that caregivers of bedridden older adults had an average caregiver burden score that was mild to moderate ($M = 24.89$, $SD = 15.27$). Social support, stress, and hours of care per day collectively predicted 29% of the variance in caregiver burden among caregivers of bedridden older adults. Stress was the strongest predictor of caregiver burden ($\beta = 0.51$, $p < 0.01$), followed by social support ($\beta = -0.17$, $p = 0.03$). However, hours of care per day did not significantly predict caregiver burden ($\beta = -0.05$, $p = 0.54$).

The results of this study can provide essential information for nurses, medical personnel, and public health policymakers in designing and developing healthcare services. These services aim to improve access to social support for caregivers of bedridden older adults, helping them manage stress and reduce caregiving burden, ultimately ensuring that bedridden older adults receive effective care.

Keywords: Bedridden older adults; Caregiver burden; Hours of care per day; Social support; Stress

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate student of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: phanida.j@cmu.ac.th

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 5 February 2025; Revised 13 May 2025; Accepted 19 May 2025



บทคัดย่อ

การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เป็นการดูแลที่ย่างยากและใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน ส่งผลกระทบให้ผู้ดูแลหลักเกิดปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต จนเกิดเป็นภาระการดูแล การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และศึกษาอำนาจการทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของการสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และระยะเวลาการดูแล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่เป็นสมาชิกครอบครัว ปฏิบัติหน้าที่หลักในการดูแลมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน ในจังหวัดนครสวรรค์ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล จำนวน 120 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาระการดูแล (ZBI) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (MSPSS) และแบบประเมินความเครียด (PSS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ multiple linear regression analysis

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ($M = 24.89$, $SD = 15.27$) การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และระยะเวลาในการดูแล สามารถร่วมกันทำนายภาระการดูแลได้ร้อยละ 29 โดยความเครียด สามารถทำนายภาระการดูแลได้มากที่สุด ($\beta = 0.51$, $p < 0.01$) รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาระการดูแลได้ ($\beta = -0.17$, $p = 0.03$) ในขณะที่ระยะเวลาการดูแลในหนึ่งวันไม่สามารถทำนายภาระการดูแลได้ ($\beta = -0.05$, $p = 0.54$)

ผลการศึกษานี้ สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ออกแบบนโยบายสาธารณสุข เพื่อออกแบบและพัฒนาการให้บริการสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเข้าถึงการสนับสนุนทางสังคม และสามารถจัดการกับความเครียด เพื่อลดภาระการดูแล ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุติดเตียง ภาระการดูแล ระยะเวลาการดูแลในหนึ่งวัน การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: phanida.j@cmu.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2544-2643 เป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ โดยในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 1,082 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13.7 ของประชากรโลกทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีประชากรจำนวน 66,090,475 คน มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 12,519,229 คน คิดเป็นร้อยละ 18.94 ของประชากรทั้งหมดในประเทศไทย (The Bureau of Registration Administration, 2022) จากสถานการณ์การเพิ่มจำนวนประชากรวัยสูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดปัญหาการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุตามมา ซึ่งปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงวัยด้วยความเสื่อมของสภาพร่างกายและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยทางกาย และทางจิตใจได้ง่าย มีความรุนแรง เรื้อรัง และฟื้นฟูสภาพได้ยากขึ้น ส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (Institute for Population and Social Research, 2019) เมื่ออาการของโรครุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะทุพพลภาพจนสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง

ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เป็นผู้ที่มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีข้อจำกัดในด้านการเคลื่อนไหว ทำให้ต้องนอนติดเตียงอยู่ตลอดเวลา เป็นกลุ่มที่มีโรคประจำตัว และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ (Kaewpipob et al., 2018) การที่ผู้สูงอายุต้องนอนบนเตียงตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ แผลกดทับ ทุพโภชนาการ ขาดน้ำ กล้ามเนื้อฝ่อลีบ และข้อติดแข็ง ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบติดเชื้อ ท้องผูก รวมทั้งการเกิดปัญหาด้านสังคม และเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดผลกระทบด้านจิตใจที่เกิดจากความสามารถทางร่างกายของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลง จนทำให้รู้สึกว่าคุณค่าน้อยลง เป็นภาระของผู้อื่น ไม่สามารถยอมรับ และปรับตัวกับการมีความจำกัดด้านการมีสัมพันธภาพกับสังคม

ภาระการดูแล คือ การรับรู้อารมณ์ สุขภาพกาย ชีวิตทางสังคม และสถานะการเงินของผู้ดูแล ที่เป็นผลมาจากการดูแลญาติ (Zarit et al., 1980) โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงภายในบ้านอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพที่แย่ลง ความเครียด และปัญหาทางเศรษฐกิจที่เพิ่มมากขึ้น การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมีความจำเป็นที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลาดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของผู้ดูแลที่แย่ลง อีกทั้งส่งผลต่อการเกิดภาวะทางอารมณ์ ความเครียด จากการเปลี่ยนแปลงการใช้ชีวิตส่วนตัวของผู้ดูแล ความไม่พร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ และการมีภาระทางเศรษฐกิจซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่เพิ่มเติมมากขึ้นจากการดูแล ซึ่งความเครียดอาจเปลี่ยนแปลงไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Chawbol et al., 2022) กล่าวได้ว่า การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนั้น ผู้ดูแลได้รับผลกระทบอันก่อให้เกิดเป็นภาระการดูแลเป็นอย่างมาก ซึ่งต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยต้องปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลที่หนักและซับซ้อนเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน จนส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาทางสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดความรู้สึกลังการภาระการดูแลที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่ลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อภาระการดูแลในผู้ดูแลจำนวนมาก เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เป็นต้น โดยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่สามารถปรับแก้ไขได้ (modifiable variables) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงของผู้ดูแล โดยเห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดเตียงเป็นอย่างมากในการช่วยเหลือสนับสนุนการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแล ให้สามารถเผชิญกับความเครียด การปรับตัว และช่วยในการรับมือกับปัญหา หากผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมก็อาจจะส่งผลให้เกิดเป็นปัญหาภาระการดูแลที่ไม่สามารถจัดการได้ จากการศึกษาของ เนมซีคโวา และคณะ (Nemcikova et al., 2023) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาระการดูแลในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.52, p < 0.01$) โดยสามารถ



ทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.33, p < 0.01$) กล่าวคือ หากผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะทำให้เกิดภาระการดูแลลดลง

ทั้งนี้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากการดูแล หากผู้ดูแลเกิดความเครียด มีภาวะทางอารมณ์ที่ไม่ดีโดยไม่สามารถการเผชิญกับปัญหา และความเครียดได้ อาจกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ภาระการดูแลที่เพิ่มขึ้น (Loo et al., 2022) รวมทั้ง หากผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลต่อเนื่องเป็นเวลานานจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จนก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ ดังการศึกษาของ ศิรินทิพย์ นิมิตรภูวดล และคณะ (Nimitphuwadon et al., 2022) ที่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลในผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุ กล่าวคือ หากผู้ดูแลใช้ระยะเวลาในการดูแลเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดภาระการดูแลเพิ่มขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงพบว่า การศึกษาส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มเฉพาะโรค เช่น โรคสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน แต่ยังมีการศึกษาในผู้ดูแลเฉพาะผู้สูงอายุติดเตียงน้อยทั้งในและต่างประเทศ อีกทั้งปัญหาภาระการดูแลในผู้ดูแลมักเป็นปัญหาที่ถูกมองข้ามในบทบาทการทำงานจริงของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่หน่วยบริการสุขภาพ ที่มักจะมุ่งเน้นไปที่การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเพียงอย่างเดียว ผู้วิจัย ในฐานะพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องที่สามารถทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เพื่อนำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการปัญหาภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายทางสังคมที่เกี่ยวข้อง เช่น การวางแผนการเยี่ยมบ้าน และจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม และส่งเสริมจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เป็นต้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษา ผู้วิจัยใช้แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง แนวคิดภาระในการดูแลของผู้ดูแล (Zarit et al., 1980) ซึ่งเป็นการรับรู้อารมณ์ สุขภาพกาย ชีวิตทางสังคม และสถานะการเงินของผู้ดูแล ที่เป็นผลมาจากการดูแลญาติ ซึ่งเป็นภาระที่ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติสุขภาพ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรต้นเพื่อศึกษาอำนาจการทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแล 3 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และระยะเวลาในการดูแล กล่าวได้ว่า ในการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนั้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ดูแล โดยการสนับสนุนทางสังคมถือเป็นทรัพยากรที่จำเป็นของผู้ดูแลที่ช่วยแก้ปัญหา ช่วยเบี่ยงเบนปัญหา จัดการความเครียด ช่วยให้ผู้ดูแลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยการที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะส่งผลให้การรับรู้ภาระการดูแลในผู้ดูแลลดลง ทั้งนี้ ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงหากผู้ดูแลประเมินว่าการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเป็นความเครียด และการดูแลนั้นเกินขีดจำกัดทางทรัพยากรที่ผู้ดูแลมีอยู่ จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งการเกิดภาวะเครียดนั้นจะมีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแลในผู้ดูแลสูงขึ้น ผนวกกับหากผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานนั้น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกาย และสุขภาพจิตของผู้ดูแล จนส่งผลถึงการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแล โดยระยะเวลาในการดูแลที่สูงทำให้การรับรู้ภาระการดูแลในผู้ดูแลสูงขึ้น



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational descriptive design)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activity of daily living: ADL) ได้คะแนนระหว่าง 0-4 คะแนน โดยปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน และไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้คะแนนระหว่าง 0-4 คะแนน โดยปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน และไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล ในอำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ

1. เป็นสมาชิกในครอบครัวอายุ 20 ปีขึ้นไป ทำหน้าที่หลักในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุติดเตียง (ADL ระหว่าง 0-4 คะแนน) เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน

2. มีสติสัมปชัญญะ การรับรู้ปกติ สามารถเข้าใจ และสื่อสารภาษาไทยได้

3. มีความสมัครใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้ 1 ตัวแปรต่อขนาดกลุ่มตัวอย่าง 40 เท่า (Osborne, 2000) ในการศึกษาครั้งนี้ มีจำนวนตัวแปรต้นที่ศึกษาเท่ากับ 3 เมื่อคำนวณแล้วจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 120 คน ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยผู้วิจัยติดประกาศรับสมัครกลุ่มผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุติดเตียง และผู้ดูแลหลัก

1.1 กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ระยะเวลาในการนอนติดเตียง และคะแนน ADL ของผู้สูงอายุในเวชระเบียน

1.2. กลุ่มผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ โรคประจำตัว ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ (ปี) และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุใน 1 วัน โดยประเมินจากข้อคำถาม 1 ข้อ “ภายใน 1 วัน ท่านใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงนานกี่ชั่วโมง?” และให้ผู้ดูแลระบุเวลาในการดูแลผู้สูงอายุเป็นจำนวนชั่วโมงภายใน 1 วัน และระบุชนิดกิจกรรมการดูแล

2. แบบประเมินภาระการดูแล (Zarit Burden Interview) พัฒนาโดย ซาริท และคณะ (Zarit et al., 1980) ฉบับแปลภาษาไทยลิขสิทธิ์สถาบัน Mapi Research Trust ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบ Likert Scale 5 ระดับ คือ ไม่เคยเลย (0 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (1 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) บ่อยครั้ง (3 คะแนน) และประจำ (4 คะแนน) แปลผล ดังนี้

0.00 – 20.00 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นภาระถึงระดับต่ำ

21.00 – 40.00 คะแนน หมายถึง ภาระการดูแลระดับต่ำถึงปานกลาง

41.00 – 60.00 คะแนน หมายถึง ภาระการดูแลระดับปานกลางถึงสูง

61.00 – 88.00 คะแนน หมายถึง ภาระการดูแลระดับสูง



3. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ของ ซิเมต และคณะ (Zimet et al., 1988) ซึ่งมีการนำมาแปลเป็นภาษาไทย โดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบ Likert scale 7 ระดับ คือ รู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างมาก (1 คะแนน) รู้สึกไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) รู้สึกค่อนข้างไม่เห็นด้วย (3 คะแนน) รู้สึกเฉย ๆ (4 คะแนน) รู้สึกค่อนข้างเห็นด้วย (5 คะแนน) รู้สึกเห็นด้วย (6 คะแนน) และรู้สึกเห็นด้วยอย่างมาก (7 คะแนน) นำมาหาค่าเฉลี่ย และแปลผล ดังนี้

- 1.00 - 2.90 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมต่ำ
- 3.00 - 5.00 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
- 5.10 - 7.00 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมสูง

4. แบบประเมินความเครียด (Perceived Stress Scale: PSS) ของ โคเฮน และ วิลเลียมสัน (Cohen & Williamson, 1988) ซึ่งมีการแปลเป็นภาษาไทยโดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2010) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 4 ข้อ (ข้อ 4, 5, 7 และ 8) และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 6 ข้อ (ข้อ 1, 2, 3, 6, 9 และ 10) แบบสอบถามเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ คือ เคย (0 คะแนน) เกือบไม่เคย (1 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) บ่อย (3 คะแนน) และบ่อยมาก (4 คะแนน) คะแนนรวมของแบบสอบถามการรับรู้ความเครียด แปลผล ดังนี้

- 0.00 - 13.00 หมายถึง ความเครียดระดับต่ำ
- 14.00 - 26.00 หมายถึง ความเครียดระดับปานกลาง
- 27.00 - 40.00 หมายถึง ความเครียดระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินทั้ง 3 ฉบับ ได้แก่ แบบประเมินภาระการดูแล แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความเครียด ได้ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ในญาติผู้สูงอายุที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย (Hertzog, 2008) ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.87, 0.96 และ 0.88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 102/2566 วันที่อนุมัติ 26 กันยายน พ.ศ. 2566 และได้รับการต่ออายุการรับรองโครงการวิจัย เอกสารที่ อว.8393(7.15.2)/จร.370 วันที่อนุมัติ 26 กันยายน 2567 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลของงานวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง สิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ต่อผู้วิจัย และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกปกปิดเป็นความลับ โดยเปิดเผยในภาพรวมของการนำเสนอและอภิปรายเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมหรือพิมพ์ลายนิ้วมือเพื่อเข้าร่วมวิจัย และขอความยินยอมขอเข้าถึงระบบฐานข้อมูลทางการแพทย์ในสถานบริการ (medical record) ของผู้สูงอายุติดเตียง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการประกาศรับสมัครกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย ด้วยวิธีการประชาสัมพันธ์ผ่านโปสเตอร์ เสียงตามสาย และไลน์ ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เขตอำเภอเมืองนครสวรรค์ จำนวน 28 แห่ง เป็นระยะเวลา 1 เดือน พร้อมแจ้งคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด หากมีผู้ประสงค์เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย ให้ติดต่อกลับผู้วิจัยหรือแจ้งเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ประชาสัมพันธ์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างลงนาม หรือพิมพ์ลายนิ้วมือในเอกสารแสดง



ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุติดเตียงโดยการซักถามตามข้อคำถามที่กำหนดในแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 10 นาที และรวบรวมข้อมูลของผู้ดูแลผู้สูงอายุตามข้อคำถามที่กำหนดในแบบสอบถาม 4 ส่วน ใช้เวลาประมาณ 50 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และผู้สูงอายุติดเตียง ข้อมูลระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ ข้อมูลภาระการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และความเครียด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์อำนาจในการทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยใช้ multiple regression analysis ของตัวแปรต้นที่ใช้ศึกษา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งผ่านการตรวจสอบลักษณะของข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้ 1) ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ 2) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กัน ได้ค่า tolerance มีค่าอยู่ระหว่าง 0.959-0.987 และค่า VIF = 1.016-1.043, 3) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (homoscedasticity) พิจารณาจาก scatter plot 4) การแจกแจงของความคลาดเคลื่อน Normal P-P Plot มีการกระจายปกติ และ 5) ความสัมพันธ์ระหว่างค่าความคลาดเคลื่อน (autocorrelation) ได้ค่า Durbin Watson test = 1.59

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลสุขภาพทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 120 คน มีอายุเฉลี่ย 57.44 ปี (SD = 12.11) โดยมีสัดส่วนผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย คือ ร้อยละ 73.30 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 41.70 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 55.00 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.20 ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 32.50 รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 25.80 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบุตร/ธิดา ร้อยละ 52.50 รองลงมา คือ สามเณร/ภรรยา ร้อยละ 24.20 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.70 โดยส่วนใหญ่มีโรค คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 83.30 และปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุระยะเวลาเฉลี่ย 3.95 ปี (SD = 2.94)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุติดเตียง

ผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 120 คน มีอายุเฉลี่ย 77.03 ปี (SD = 9.95) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยสูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 40.80 โดยมีสัดส่วนผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย คือ ร้อยละ 65.80 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 45.80 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงมีโรคประจำตัว ร้อยละ 90.80 โดยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 2 โรค ร้อยละ 37.61 โรคประจำตัวส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 84.40 รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 47.70 ระยะเวลาในการนอนติดเตียงของผู้สูงอายุ คิดเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 4.08 ปี (SD = 2.97) ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่ได้คะแนน 4 คะแนน ร้อยละ 39.20 รองลงมา 0 คะแนน ร้อยละ 21.70

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และระยะเวลาในการดูแล

ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลเท่ากับ 24.89 คะแนน (SD = 15.27) จัดอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 5.26 คะแนน (SD = 1.06) จัดอยู่ในระดับระดับสูง คะแนนเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 17.07 คะแนน (SD = 5.08) จัดอยู่ในระดับระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1 และระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุใน 1 วัน โดยเฉลี่ย คือ 6 ชั่วโมง 50 นาที



Factors Predicting Caregiver Burden in Caregivers of Bedridden Older Adults
ปัจจัยทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน จำนวน และร้อยละ ของภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง การสนับสนุนทางสังคม และความเครียด จำแนกตามระดับ (n = 120)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ภาระการดูแล (M = 24.89, SD = 15.27)			
ระดับไม่เป็นภาระถึงต่ำ	0.00-20.00	50	41.70
ระดับต่ำถึงปานกลาง	21.00-40.00	50	41.70
ระดับปานกลางถึงสูง	41.00-60.00	17	14.10
ระดับสูง	61.00-80.00	3	2.50
การสนับสนุนทางสังคม (M = 5.26, SD = 1.06)			
ระดับต่ำ	1.00-2.90	4	3.30
ระดับปานกลาง	3.00-5.00	48	40.00
ระดับสูง	5.10-7.00	68	56.70
ความเครียด (M = 17.07, SD = 5.08)			
ระดับต่ำ	00.00-13.00	26	21.70
ระดับปานกลาง	14.00-26.00	94	78.30
ระดับสูง	27.00-40.00	0	0.00

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงกับการสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และระยะเวลาในการดูแล

ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Pearson's product moment correlation coefficient พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล ($r = -0.25, p = 0.01$) ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล ($r = 0.53, p < .01$) และพบว่า ระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล ($r = 0.01, p = 0.47$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงกับภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (n = 120)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. การสนับสนุนทางสังคม	1			
2. ความเครียด	-0.14	1		
3. ระยะเวลาในการดูแล	0.03	0.12	1	
4. ภาระการดูแล	-0.25*	0.53**	0.01	1

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

ส่วนที่ 5 อำนาจการทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และระยะเวลาในการดูแล สามารถร่วมกันทำนายภาระการดูแลได้ร้อยละ 29 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(3,116) = 17.47, p < .01$ พบว่า ความเครียดสามารถทำนายภาระการดูแลมากที่สุด ($\beta = 0.51, p < .01$) รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาระการดูแลได้ ($\beta = -0.17, p = 0.03$) ในขณะที่ระยะเวลาในการดูแลไม่สามารถทำนายภาระการดูแลได้ ($\beta =$



-0.05, $p = 0.54$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (n = 120)

ตัวแปรอิสระ	B	Std. Error	β	p-value
การสนับสนุนทางสังคม	-0.21	0.09	-0.17	0.03*
ความเครียด	1.39	0.21	0.51	< 0.01**
ระยะเวลาในการดูแล	-0.00	0.00	-0.05	0.54

หมายเหตุ R Square = 0.31, Adjusted R Square = 0.29, F (3,116) = 17.47

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

การอภิปรายผล

1. ภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ถึงแม้ว่าระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุใน 1 วัน โดยเฉลี่ยประมาณ 7 ชั่วโมง การรับรู้ภาระการดูแลที่ต่ำถึงปานกลางในกลุ่มผู้ดูแลในการศึกษานี้ สามารถอธิบายได้หลายเหตุผล ดังต่อไปนี้

ในการศึกษานี้พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่นั้นมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน เฉลี่ยประมาณ 4 ปี โดยประสบการณ์ในการดูแลนั้นส่งผลต่อการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และช่วยเพิ่มประสบการณ์ในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลมากขึ้น ซึ่งในช่วงแรกของการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลอาจเกิดความไม่มั่นใจ และความกังวลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ แต่เมื่อเวลาผ่านไปนานขึ้นผู้ดูแลจะเริ่มเกิดการเรียนรู้ และปรับตัวจนสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลได้อย่างชำนาญ (Puangkam et al., 2020) โดยระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ยประมาณ 3 ปี เป็นระยะเวลาที่นานเพียงพอต่อการปรับตัวของผู้ดูแลทำให้เข้าใจต่อบทบาทหน้าที่ รวมถึงการพัฒนาความสามารถในการดูแลซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาระการดูแลในระดับต่ำ (Suttasri et al., 2021)

อีกทั้งการศึกษานี้พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานะเป็นบุตรหรือธิดา ร้อยละ 52.50 ซึ่งตามบริบทของครอบครัวในสังคมไทยส่วนใหญ่เป็นครอบครัวแบบขยาย โดยผู้สูงอายุมักอยู่ร่วมกับครอบครัวขนาดใหญ่ สมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยเหลือเกื้อกูลกัน บุตรสามารถดูแลเลี้ยงดูบิดามารดาได้ (Phuphaibul et al., 2018) เป็นความสัมพันธ์ที่มีการดูแลในระบบเครือญาติที่เหนียวแน่น มีความกตัญญูพื้นฐานของความเชื่อ (Wiseso & Sarapat, 2019) โดยความกตัญญูนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว มีส่วนช่วยส่งเสริมกำลังใจให้กับผู้สูงอายุ และผู้ดูแล (Puraya et al., 2021) ซึ่งบริบททางวัฒนธรรมด้านการความกตัญญู กตเวทินั้นมีผลต่อระดับการรับรู้ภาระการดูแลที่ลดลง (Pan et al., 2022)

รวมถึงการศึกษานี้พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.20 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการยึดถือหลักคำสอนของศาสนา และดำเนินชีวิตประจำวันโดยยึดหลักปฏิบัติของพุทธศาสนิกชนที่กล่าวว่า ลูกหลาน และผู้สืบเชื้อสายควรปฏิบัติกิจในชีวิตเพื่อส่งเสริมให้เกียรติ ยกย่อง และให้ความสำคัญต่อบิดามารดา หากลูกหลานคนใดละเลย หรือเพิกเฉยในการดูแลเอาใจใส่ต่อบิดามารดาอาจถือได้ว่าเป็นคนอกตัญญูต่อบุพการี (Watana, 2017) กล่าวได้ว่า ความเชื่อทางศาสนามีผลต่อการเกิดทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุ ช่วยจัดการความวิตกกังวล และลดความรู้สึกรับภาระการดูแลของผู้ดูแล (Okamura et al., 2018)

นอกจากนี้ในการศึกษานี้พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 32.50 อธิบายได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวนั้นมักมีหน้าที่รับผิดชอบที่หลากหลาย ทั้งด้านการหารายได้ การดูแลผู้ป่วย และคนอื่น ๆ ในครอบครัวจนไม่มีเวลาพักผ่อน และเกิดความเหนื่อยล้า สำหรับผู้ดูแลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพนั้นทำให้มีเวลาใน



การดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุมากขึ้น รวมทั้งสามารถแบ่งเวลาให้เหมาะสมในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อนมากขึ้น ส่งผลให้ลดความเหนื่อยล้า และสามารถผ่อนคลายความเครียดได้ (Khueansombat, 2017) หากผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก จนไม่มีเวลาในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย และจิตใจนั้น มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และภาระการดูแลที่สูงขึ้น (Vespa et al., 2021)

2. ปัจจัยทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และระยะเวลาการดูแลในหนึ่งวัน)

การศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด และระยะเวลาการดูแลในหนึ่งวัน สามารถทำนายภาระการดูแลได้ร้อยละ 29 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความเครียดมีอำนาจการทำนายสูงที่สุด และการสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจการทำนายรองลงมา ในขณะที่ระยะเวลาในการดูแลไม่สามารถทำนายภาระการดูแลได้

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผลของความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง โดยความเครียดสามารถทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.51, p < 0.01$) หมายความว่า เมื่อผู้ดูแลมีความเครียดจะทำให้ความรู้สึกเป็นภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเพิ่มขึ้น โดยผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยกิจกรรมการดูแลก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าจนส่งผลให้เกิดความเครียดจากการที่ต้องแบกรับหน้าที่ในการดูแลเป็นระยะเวลานาน (Songsri & Chankeaw, 2019) หากผู้ดูแลเกิดความเครียดจะกระตุ้นให้เกิดภาระการดูแล กล่าวได้ว่าการรับรู้ความเครียดที่สูงขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาระของผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการประเมินสุขภาพของตัวผู้ดูแลที่ลดลง และคุณภาพชีวิตที่แย่ลง (Loo et al., 2022)

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผลของการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง โดยการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -0.17, p = 0.03$) หมายความว่า หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่น้อยจะส่งผลทำให้ความรู้สึกเป็นภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเพิ่มขึ้น ดังนั้น การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่าง ๆ ย่อมช่วยให้ผู้ดูแลนั้นสามารถเผชิญ และรับมือกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Srinaphrom, 2024) อีกทั้งในประเทศไทยมีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (long term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และให้ครอบครัวผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Chaiyason et al., 2022) โดยผู้ดูแลสามารถเข้าถึงการสนับสนุนทางสังคมเพียงพอ ความเสี่ยงต่อการเกิดความรู้สึกภาระของผู้ดูแลก็ลดลง หากผู้ดูแลที่ไม่สามารถเข้าถึงการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัว เพื่อน และชุมชน นั้น ก็จะมีความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว มีความเครียดจนเกิดภาระในการดูแล (Huertas-Domingo et al., 2021)

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในหนึ่งวันโดยเฉลี่ยคือ 6 ชั่วโมง 50 นาทีต่อวัน ซึ่งระยะเวลาในการดูแลไม่สามารถทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงครั้งนี้ได้ สอดคล้องในการศึกษาของ আহมัด ซุไบดี และคณะ (Ahmad Zubaidi et al., 2020) ที่พบว่า ชั่วโมงในการดูแลที่ยาวนานมากกว่า 14 ชั่วโมงต่อวัน มีแนวโน้มให้ผู้ดูแลเกิดภาระการดูแลมากขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลนั้นใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเฉลี่ยเพียง 7 ชั่วโมง อีกทั้งลักษณะของครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้ดูแลหลักมีผู้ช่วยในการดูแลผู้สูงอายุ และไม่ได้การรับหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอย่างหนักคนเดียว อีกทั้งการศึกษานี้ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเฉลี่ย 4 ปี ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัว และสามารถจัดการกับปัญหารวมทั้งยอมรับกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้ (Namlao, 2016)



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพเพื่อช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ดังนี้

1. การจัดการความเครียด โดยพัฒนากลยุทธ์เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. การสนับสนุนทางสังคม โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และปรับปรุงการเข้าถึงระบบสนับสนุนทางสังคม
3. การพัฒนาระบบบริการ โดยสนับสนุนการเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และพัฒนาบริการการดูแลชั่วคราวระยะสั้น (respite care) ซึ่งเป็นบริการทางเลือกเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถฝากผู้สูงอายุไว้ในสถานที่ที่มีความปลอดภัย และมีบุคลากรช่วยดูแลอย่างมีคุณภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีเวลาพักผ่อน ตลอดจนลดภาระของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียด และส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เพื่อการช่วยลดภาระการดูแล และศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อการทำนายภาระการดูแล

References

- Ahmad Zubaidi, Z. S., Ariffin, F., Oun, C. T. C., & Katiman, D. (2020). Caregiver burden among informal caregivers in the largest specialized palliative care unit in Malaysia: A cross sectional study. *BMC Palliative Care*, 19(1), 186. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00691-1>
- Chaiyason, S., Sankongt, N., Saramunee, K., Kalapat, R., Malasai, Yutipan, N., Rattanapakorn, P., & Phuworakij, M. (2022). Social return on investment of long-term care for dependent older persons: A case study of Sa-Ard Subdistrict, Namphong, Khon Kaen. *Journal of Health Systems Research*, 16(1), 16-33.
- Chawbol, M., Wirojratana, V., & Wattanakitkrileart, D. (2022). Factors predicting depressive symptoms among caregivers of dependent elderly. *Nursing Science Journal of Thailand*, 40(3), 90-104.
- Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health: Claremont symposium on applied social psychology*. (pp. 31–67). Sage.
- Hertzog, M. A. (2008). Considerations in determining sample size for pilot studies. *Research in Nursing & Health*, 31(2), 180–191. <https://doi.org/10.1002/nur.20247>
- Huertas-Domingo, C., Marquez-Gonzalez, M., Cabrera, I., Barrera-Caballero, S., Pedroso-Chaparro, M. D. S., Romero-Moreno, R., & Losada-Baltar, A. (2021). Sociocultural influences on the feeling of loneliness of family caregivers of people with dementia: The role of kinship. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4700. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094700>



- Institute for Population and Social Research, Mahidol University & Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. (2019). *Situation of the Thai elderly 2017* (1st ed.). Deuan Tula Printing House. <https://thaitgri.org/?wpdmpro=situation-of-the-thai-elderly-2017>
- Kaewpipob, P., Jirapornkul, C., & Maneenin, N. (2018). Factors related to mental health of caregiver in bed-bound elders in Wapipathum District, Mahasarakham Province. *Journal of Health Education, 41*(1), 76-89.
- Khueansombat, T. (2017). *Experiences of nurses as a family caregiver of elderly relatives with dementia* [Master's thesis, Chulalongkorn University]. <https://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/58397>
- Loo, Y. X., Yan, S., & Low, L. L. (2022). Caregiver burden and its prevalence, measurement scales, predictive factors and impact: A review with an Asian perspective. *Singapore Medical Journal, 63*(10), 593-603. <https://doi.org/10.11622/smedj.2021033>
- Namlao, W. (2016). *Factors affecting burden among caregivers of patients with schizophrenia in Sakaeoratchnakarinda Psychiatric Hospital* [Master's thesis, Burapha University]. <https://buuir.buu.ac.th/bitstream/1234567890/11628/1/53920654.pdf>
- Nemcikova, M., Katreniakova, Z., & Nagyova, I. (2023). Social support, positive caregiving experience, and caregiver burden in informal caregivers of older adults with dementia. *Frontiers in Public Health, 11*, 1104250. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1104250>
- Nimitphuwadon, S., Jullamate, P., & Pipatvanitcha, N. (2022). Factors related to burden among male caregivers of older adults with stroke, Samutsakhon Province. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 30*(4), 1-12.
- Okamura, T., Shimmei, M., Takase, A., Toishiba, S., Hayashida, K., Yumiyama, T., & Ogawa, Y. (2018). A positive attitude towards provision of end-of-life care may protect against burnout: Burnout and religion in a super-aging society. *PLOS ONE, 13*(8), e0202277. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202277>
- Osborne, J. W. (2000). Prediction in Multiple Regression. *Practical Assessment, Research, and Evaluation, 7*(1), 2. <https://doi.org/10.7275/7j20-gg86>
- Pan, Y., Chen, R., & Yang, D. (2022). The relationship between filial piety and caregiver burden among adult children: A systematic review and meta-analysis. *Geriatric Nursing, 43*, 113-123. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.10.024>
- Phuphaibul, R., Jongudomkarn, D., Nieamsup, T., Tejagupta, C., Kumhom, R., Wacharasin, C., Thayansin, S., Patrayotin, N., Portawin, T., Deoisres, W., Patumwan, A., & Ityasuddhi, D. (2018). Structural change of Thai families, according to family life cycle: A preliminary study. *Journal of Demography, 34*(1), 58-71. <https://digital.car.chula.ac.th/cgi/viewcontent.cgi?article=1303&context=jdm>
- Puangkam, A., Suwansri, D., Yamsri, T., Saengrueang-eak, M., & Towannang, R. (2020). The impact of patients and caregivers: Relevant factors and needs of relatives who care for chronic end-stage illnesses at home. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals, 35*(2), 303-316. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/240063/166210>



- Puraya, A., Piyakong, D., Wongwiggan, S., & Boonpracom, R. (2021). Exploring the elderly care system: A view from community in Thailand. *Journal Ners*, 16(1), 89-95. <https://doi.org/10.20473/jn.v16i1.24918>
- Songsri, C., & Chankeaw, J. (2019). Stress and needs among caregivers of chronic disease patients, Phon Phisai Hospital, Nong Khai Province. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 27(1), 1-11. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/186678/131196>
- Srinaphrom, S. (2024). The results of the program to promote self-efficacy and social support in caring for bed-ridden elderly people in Thung Khlong Subdistrict, Kham Muang District, Kalasin Province. *Academic Journal for Primary Care and Public Health Development*, 2(1), 117-128.
- Suttasri, K., Nanasilp, P., & Pungchompoo, W. (2021). Caregiving burdens and quality of life among caregivers of older adults receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Nursing Journal*, 48(2), 119-131.
- The Bureau of Registration Administration. (2022). *Statistics of the Thai older persons 2022*. <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1159>
- Vespa, A., Spatuzzi, R., Fabbietti, P., Penna, M., & Giulietti, M. V. (2021). Association between care burden, depression and personality traits in Alzheimer's caregiver: A pilot study. *PLOS ONE*, 16(9), e0251813. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251813>
- Watana, S. (2017). Care-giving for elder parents of Thai Buddhist families according to the six directions in Buddhism. *Academic Journal of Humanities and Social Sciences Burapha University*, 25(49), 147-164.
- Wisoso, W., & Sarapat, P. (2019). Focused ethnographic research and understanding of Thai family caregiving in Thai sociocultural context. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(2), 122-134.
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2010). The Thai version of the PSS-10: An investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSocial Medicine*, 4, 6. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-4-6>
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). A revised Thai multi-dimensional scale of perceived social support. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(3), 1503-1509. https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2012.v15.n3.39434
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Peterson, J. B. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontology*, 20(6), 649-655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 51(1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2