



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะ พึ่งพาในเขตอำเภอเมืองนรินทร์ จังหวัดชัยนาท

เยาวลักษณ์ ทวีกลีกรรม* ปริญดา ศรีธราพัฒน์**

มนีรัตน์ พราหมณี***

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม เศรษฐกิจทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2556 – 31 สิงหาคม 2556 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา (ระดับคะแนน ADLs ต่ำกว่า 12 คะแนน) ในเขตอำเภอเมืองนรินทร์ จังหวัดชัยนาท จำนวน 76 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามปัจจัยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และ 3) แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังของสวธมน มหัตนิรันดร์กุล และคณะ ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ระหว่าง .68 – .91 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลคุณภาพชีวิตใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และไคสแควร์ (Chi-square test)

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .353$ $p < .01$) และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .351$ และ $.451$, $p < .01$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินและให้ข้อมูลย้อนกลับมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .246$, $p < .05$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรได้รับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา และควรหาแนวทางในการปรับปรุงระบบงานดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม

* พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ โรงพยาบาลเมืองนรินทร์ จังหวัดชัยนาท

**พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

***พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท



Factors Related to Quality of Life among Thai Caregivers of the Chronic Disease Patients with Dependency in Manorom District, Chainat Province

Yaowaluck Thaveegasikum * Parinda Sritarapipat **

Maneerat Palmanee *** Boossaba Tathong ***

Abstract

Continuity of caring for the chronic disease patients with higher levels of dependency not only affects both patients and caregivers' daily lives, but also poses substantial physical, psychological and economic challenges. Hence, the increased caregiver burden could lead to a considerable decline in the quality of life. The purpose of this study was to identify factors influencing quality of life of caregivers of the dependent patients with chronic disease. A descriptive correlational study was conducted from 1 July 2013 to 31 August 2013 in Manorom district, Chainat province. The sample used in this study consisted of 76 caregivers aged 18 years and older, who had cared for the patients with higher levels of dependency (ADLs score below of 12 score) due to chronic disease, for at least the past three months. The data collection was conducted by using the Demographic Data Recording Form, The Social Support Scale, and the Thai version of the WHO Quality of Life Scale (WHOQOL-BREF-THAI) which was translated into Thai by Mahatnirankul et al., (1997). Reliability coefficients of all scales were found to be acceptable, ranging from 0.68 to 0.91. Data were analyzed by using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient and Chi-square test.

The results indicated that: the overall quality of life score, physical, psychological, relationship, environment, and satisfaction with health were at moderate levels. A caregiver's income was moderately and positively correlated with the overall quality of life at $p < 0.01$ ($r = 0.353$). Also, the overall social support and emotional support were moderately and positively correlated with overall quality of life at $p < 0.01$ ($r = 0.351$ and 0.451 , respectively). While the social support of assessment and feedback support was slightly and positively correlated with overall the quality of life at $p < 0.05$ ($r = 0.246$). The study results imply that caregivers who care for chronic disease patients with higher levels of dependency need to be encouraged with the social support so as to improve the quality of life of the caregiver. Development of continuity of the home health care system is needed in order to promote better management and decrease negative impacts on caregivers' quality of life.

Keywords : Quality of life, Caregiver of the patients with dependency chronic disease, Demographic factor, Social support

* Registered Nurse, Professional Level, Outpatient Department, Manorom Hospital

** Registered Nurse, Senior Professional Level, Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Chainat

*** Registered Nurse, Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Chainat



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย โดยประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังในประชากรทุกกลุ่มวัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี¹ โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2555 พบความชุกของผู้ป่วยรายใหม่ที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาได้แก่ โรคเบาหวาน โรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและโรคมะเร็ง² สำหรับจังหวัดชัยนาท พบแนวโน้มอัตราป่วยของผู้ป่วยนอกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน โดยพบอัตราการป่วยทั้งโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นปี พ.ศ.2549 จาก 718.27 เป็น 1,007.49 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2552 และโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มจาก 997.12 ในปี พ.ศ.2549 เป็น 1348.69 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2553 และ ในปี พ.ศ. 2555 โรงพยาบาลมโนรมย์ อำเภอมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท มีนโยบายการจำหน่ายผู้ป่วยเร็วขึ้นและมีการให้บริการลักษณะผู้ป่วยนอกมากขึ้น โดยให้การดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุพบร้อยละ 58.144 ดังนั้น ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือหรือการดูแลจากผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นอย่างมากทั้งจากภาวะของโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย รวมทั้งการบำบัดรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ตลอดจนจนอาจเกิดอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามระยะเวลาการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้นนำมาซึ่งความทุกข์ ความเครียด ความวิตกกังวลต่าง ๆ ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแลทั้งในระยะสั้นและระยะยาวด้วยเช่นกันซึ่งการดูแลผู้ป่วย

โรคเรื้อรังเป็นหน้าที่โดยตรงของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านและได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยเรื้อรังต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมดจะส่งผลกระทบอย่างมากต่อญาติผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

การที่ญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพของตนเองและอยู่ในระยะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นระดับสูง จำเป็นต้องใช้เวลาในการดูแลไม่น้อยกว่า 12-13 ชั่วโมงต่อวันเพื่อทำกิจกรรมการดูแลหลักและต้องปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน³ ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพและกิจกรรมที่สัมพันธ์กับบทบาทอื่นๆ ในชีวิตประจำวันของผู้ดูแลร่วมด้วย หากผู้ดูแลขาดแรงจูงใจที่ดี ไม่มีความพร้อมด้านสมรรถนะทักษะการดูแลและไม่มีสิ่งเกื้อหนุนที่เพียงพอ อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ลดลงทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจและอารมณ์ และเศรษฐกิจสังคม จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงนับเป็นภาระอันหนักมากสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับการจัดการความเจ็บป่วยที่มีภาวะทรุดลงและการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นทุกวัน ซึ่งการดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนานเพียงลำพังจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลหลักและครอบครัวทั้งปัญหาด้านสุขภาพร่างกายการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง ภาวะจิตใจที่พบความเครียด วิตกกังวล เหนื่อยล้าและเกิดปัญหาการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์^{4,7} รวมทั้งเกิดความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเกิดความขัดแย้งในครอบครัว มีปัญหาการเงิน ส่งผลต่อการสูญเสียเศรษฐกิจของครอบครัวและระบบการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นและทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตลดลง⁷ ดังรายงานการศึกษาพบว่า การเกิดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค



เรื้อรังเพิ่มขึ้นทำให้คุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังลดลง⁸⁻⁹ ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบมีการศึกษาค่อนข้างจำกัด โดยพบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความแตกต่างกัน บางรายงานวิจัยพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา¹⁰ และผู้ดูแลผู้ด้อยโอกาสที่พิการรวมทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านเศรษฐกิจและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง^{11, 12} และบางรายงานพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในระดับสูงในหลายกลุ่มโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจระดับต่ำกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ และผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีหลายโรคเรื้อรังร่วมตั้งแต่สองโรคขึ้นไปมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังเดียว¹³

สำหรับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรมหลายการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ชนิดของโรคประจำตัว ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลและรายได้ของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกกลุ่มวัยในหลายโรค^{9, 12, 13, 14} โดยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่มีอายุมากและมีโรคประจำจะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง^{9, 15} ปัจจัยด้านรายได้ของ

ครอบครัวและความพอเพียงของรายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท¹⁰ และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹² ส่วนปัจจัยด้านระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล พบว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและมีภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวลอย่างต่อเนื่อง¹⁷

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม นับว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่สนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมตั้งแต่ปี ค.ศ.1997-2007 ของลิ้มและซีแบร์ค¹⁴ แกสเต็มและคณะ¹⁸ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและพบเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลทำนายระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง^{8, 14, 18} อาทิ โรคพาร์กินสัน^{9, 15, 16} โรคหลอดเลือดสมอง^{12, 18} โรคถุงลมโป่งพอง¹⁹ และภาวะซึมเศร้า²⁰ และยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อภาวะโรคและระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบทั้งในโรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง^{14, 18}

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่างานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยหลายกลุ่มโรคเรื้อรังในต่างประเทศ แต่พบว่ายังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา รวมถึงการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในประเทศไทยค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในระดับสูง แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบในต่างประเทศ ไม่อาจนำมาใช้ใน





การอธิบายในบริบทสุขภาพและบริบทความเป็นสังคมไทย ตลอดจนการดำเนินชีวิตของประชาชนชาวไทยซึ่งมีความแตกต่างจากต่างประเทศเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ ยังไม่มีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยหลายกลุ่มโรคเรื้อรังเฉพาะในเขตพื้นที่ของจังหวัดชัยนาทมาก่อน

คณะผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรที่ทำหน้าที่ให้บริการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยและครอบครัว มีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบถึงระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา และสามารถนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา มาใช้ในการสร้างรูปแบบหรือกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยรวมให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระยะที่มีภาวะพึ่งพาต่อไปและเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอเมืองในมัย จังหวัดชัยนาท

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ซึ่งกล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ระดับการมีชีวิต สุขและความสะดวกในชีวิตรทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ภายใต้บริบททางวัฒนธรรม ค่านิยม เป้าหมายของ

บุคคล สังคม และสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคลที่ส่งผลทำให้เกิดความแตกต่างตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล (Subjective) เมื่อบุคคลรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดีในอนาคต มีความเป็นอยู่ที่ดี มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว และมีความสุข²¹ ซึ่งการประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเป็นแนวทางให้สามารถนำไปวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตได้อย่างเหมาะสมจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง^{13,14} พบหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ชนิดของโรคประจำตัวและระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง¹² โรคจิตเภท¹⁰ โรคพาร์กินสัน^{8,16} โรคหัวใจและหลอดเลือด²³ และภาวะซึมเศร้า²⁰ นอกจากนี้ ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง^{14,18} อาทิ โรคหลอดเลือดสมอง^{12,18} โรคพาร์กินสัน^{8,16} ภาวะซึมเศร้า²⁶ และโรคจิตเภทในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง²² ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์²³ ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วย ความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านสิ่งของการเงิน แรงงาน เวลา การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินผลตนเองในสังคม โดยการสนับสนุนทางสังคมมี 4 ด้าน ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) การสนับสนุนด้านเครื่องมือสิ่งของ (Instrument support) และการสนับสนุนด้านการประเมินและให้ข้อมูลย้อนกลับ (Appraisal support)





วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา

ประชากร

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้ดูแลที่ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทุกกลุ่มโรค ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง หัวใจ ฤๅลมโป่งพอง และโรคอื่น ๆ โดยขึ้นทะเบียนเข้ารับบริการบริการการดูแลรักษาต่อเนื่องที่บ้านในเขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลมโนรมย์ อำเภอมโนรมย์จังหวัดชัยนาท จำนวน 95 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาที่ลงทะเบียนเข้ารับบริการบริการการดูแลรักษาต่อเนื่องที่บ้าน ณ โรงพยาบาลมโนรมย์ อำเภอมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท โดยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประเมินค่าสัดส่วนโดยใช้ตารางการประมาณขนาดตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan) และเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบง่ายจากบัญชีรายชื่อผู้ดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทุกโรค โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1) ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาอย่างต่อเนื่องโดยผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องดูแลจะถูกจำแนกคัดกรองประเภทจากการวัดระดับภาวะพึ่งพาจากการประเมินคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic Activity Daily Living) ของสุทธิชัย จิตตพันธ์กุล²⁴ ที่มีคะแนนต่ำกว่า 12 คะแนน 3) ต้องเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยและมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ โดยให้การดูแลแบบไม่รับค่าตอบแทน

และต้องเป็นการดูแลเกิดขึ้นที่บ้านหรือชุมชนแหล่งที่อยู่อาศัยเป็นประจำ 4) สามารถรู้สือสาร อ่านและเข้าใจภาษาไทยและ 5) ยินดีและสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 76 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปมีจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคประจำตัว ผู้ดูแลและระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนทฤษฎี แนวคิด เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์²⁵ มีจำนวน 13 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน และสิ่งของ และด้านการประเมินและให้ข้อมูลย้อนกลับ มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ได้รับบ่อย ได้รับบางครั้ง และไม่ได้รับ กำหนดให้ค่าคะแนนเท่ากับ 2, 1 และ 0 ตามลำดับ คะแนนรวมมีค่าเท่ากับ 26 คะแนน การแปลผลคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมโดยใช้สูตรภาคตัดแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (18-26 คะแนน) ระดับปานกลาง (9-17 คะแนน) และระดับต่ำ (0-8 คะแนน) ชุดที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ของ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ^{21,24} มีจำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ





ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนข้อคำถามอีก 2 ข้อ เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตภาพรวม ซึ่งไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านมีลักษณะข้อคำถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกมีจำนวน 23 ข้อ มี 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เคยกำหนดให้ค่าคะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามที่มีความหมายทางลบมีจำนวน 3 ข้อคือ ข้อ 2 ข้อ 9 และข้อ 11 มี 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เคยกำหนดให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ คะแนนรวมมีค่าเท่ากับ 130 คะแนนการแปลผลคะแนนการมีคุณภาพชีวิตโดยใช้สูตรภาคชั้น แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับดี (96 – 130 คะแนน) ระดับปานกลาง (61 – 95 คะแนน) และระดับไม่ดี (26 – 60 คะแนน)

คุณภาพของเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจนของการใช้ภาษาและความสอดคล้องของข้อคำถามจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลจำนวน 2 ท่าน และแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 1 ท่าน หลังจากได้รับคำแนะนำและข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงเพื่อให้มีความชัดเจน ครบถ้วนมากขึ้นและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อำเภอสรรพพยา จังหวัดชัยนาทจำนวน 30 คนได้ค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังเท่ากับ 0.78 และ 0.91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้พิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยโดยคณะ

กรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท และทำหนังสือขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท โดยผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัย และการเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความเต็มใจ รวมถึงสิทธิถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อกรับบริการ พร้อมทั้งได้รับความมั่นใจว่าข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ และจะถูกเปิดเผยโดยนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลโดยการสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม – 31 สิงหาคม 2556 โดยผู้วิจัยดำเนินการสำรวจรายชื่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอมนอรัญ จังหวัดชัยนาท โดยคัดกรองภาวะพึ่งพาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากการใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic Activity Daily Living) เพื่อค้นหา กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณคนละ 10-15 นาที ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหนังสือด้วยตนเองได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อคำถามทุกข้อและให้กลุ่มตัวอย่างตอบอย่างอิสระเป็นรายบุคคล ภายหลังการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกข้อคำถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและข้อมูลคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้านของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา





(Descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานส่วนการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและโคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 76 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 77.6 อายุเฉลี่ย 53.10 ปี (SD. 13.20) ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 17-81 ปี พบช่วงอายุ 46-59 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 39.50) ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามากที่สุด (ร้อยละ 63.20) มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันมากที่สุดร้อยละ 72.40 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง ร้อยละ 61.30 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,931.60 บาท (SD. 13.45) โดยมีรายได้ต่อเดือนในช่วง 2,501 - 5,000 บาทมากที่สุดร้อยละ 43.40 โดยร้อยละ 36.8 ของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแบบคู่ชีวิตสามี/ภรรยา และร้อยละ 34.20 เป็นบุตรของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ร้อยละ 57.9 ไม่มีโรคประจำตัว และมีระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในช่วง 3 เดือน - 20 ปี และช่วงระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่พบมากที่สุดคือช่วง 1 ปี - 6 ปี (ร้อยละ 55.3) และมี

ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการดูแลเท่ากับ 4.51 ปี (SD. 70.2) คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ 86.65 $\pm$ 10.01) คะแนนอยู่ระหว่าง 64-105 คะแนนและคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่าอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ($\bar{X}$ 23.55 $\pm$ 3.19) ด้านจิตใจ ($\bar{X}$ 20.75 $\pm$ 2.78) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ($\bar{X}$ 9.78 $\pm$ 1.61) ด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}$ 26.17 $\pm$ 3.74) และคุณภาพชีวิตและสุขภาพภาพรวม ($\bar{X}$ 6.40 $\pm$ 1.18)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา

จากตารางที่ 1 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.353$, $p<0.01$) ส่วนปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและการสนับสนุนด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.351$, 0.451 ตามลำดับ $p<0.01$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกต่ำที่สุด คือวุฒิการศึกษาและการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินและให้ข้อมูลย้อนกลับ($r=0.245$, 0.246 ตามลำดับ $p<0.05$)





ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา (N= 76 คน)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ChiSquare	P-value
ปัจจัยส่วนบุคคล			
อายุ	-0.042		0.718
รายได้	0.353**		0.002
ชนิดของโรคประจำตัว	0.088		0.450
ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล	-0.142		0.222
เพศ		-0.146	0.128
วุฒิการศึกษา		0.245*	0.007
สถานภาพสมรส		-0.111	0.233
อาชีพ		0.063	0.466
ความสัมพันธ์		0.138	0.116
โรคประจำตัวผู้ดูแล		0.110	0.251
ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม			
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	0.351**		0.002
ด้านอารมณ์	0.451**		0.000
ด้านข้อมูลข่าวสาร	0.197		0.089
ด้านการเงินและสิ่งของ	0.147		0.205
ด้านการประเมินและให้ข้อมูลย้อนกลับ	0.246*		0.032

* P<.05 ** P<.01

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ สามารถอธิบายผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาสามารถอธิบายได้ว่า หากผู้ดูแลมีรายได้ในระดับสูงขึ้นจะส่งผลให้มีคุณภาพ

ชีวิตที่ดีขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาพบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้¹² และในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาในโรงพยาบาลสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา¹⁰ เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นพบว่า ผู้ดูแลที่ขาดงานและครอบครัวมีรายได้ต่ำและผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระดับสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกและร่วมทำนายระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ





ของผู้ดูแลกลุ่มผู้สูงอายุชาวจีน¹³ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีรายได้ต่อเดือนค่อนข้างน้อยเฉลี่ยมากที่สุดในช่วง 2,501 – 5,000 บาทประกอบกับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุในวัยทำงาน (ร้อยละ 67.11) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในระยะเวลาานาน ทำให้ขาดงาน มีรายได้ลดลงและมีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้นครอบครัวจึงต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายมาก ในขณะที่ครอบครัวมีรายได้จะช่วยอำนวยความสะดวกและตอบสนองความต้องการของคนและการดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้นผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยย่อมมีความเสี่ยงต่อการทำหน้าที่ในบทบาทผู้ดูแลและขาดปัจจัยสนับสนุนด้านสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นต่อการทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวได้ ส่งผลการรับรู้คุณภาพชีวิตลดถอยลงของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาได้

วุฒิการศึกษา มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มที่ระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 63.20) จึงทำให้ผู้ดูแลที่มีการศึกษาน้อยจะมีโอกาสแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ ได้น้อย มีการใช้เหตุผลและวิธีการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันประกอบกับผู้ดูแลต้องทำงานในอาชีพเกษตรกรรมเมื่อต้องมาเฝ้าดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาอาจทำให้ขาดรายได้ ส่งผลทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตในด้านเศรษฐกิจที่ลดลง

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ความสัมพันธ์ ภาวะสุขภาพและระยะเวลาในการดูแล ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยเหล่านี้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของ

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาสามารถอธิบายความไม่สัมพันธ์ระหว่างอายุและสถานภาพสมรสกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹² ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.11) ยังมีอายุอยู่ในวัยทำงานอายุเฉลี่ย 53.1 ปี (SD. = 13) และมีสุขภาพที่ไม่มีความเจ็บป่วยรุนแรง (57.89) หรือมีความเสี่ยงตามวัยเกิดขึ้นไม่มาก จึงยังคงมีกำลังในการทำงานต่างๆ ทั้งการทำงานและการดูแล ดังนั้น ผู้ดูแลทุกช่วงอายุจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

สถานภาพสมรส ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาอื่นที่พบว่า คู่สมรสชาวจีนที่ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นจะทำให้มีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น²⁰ และการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹² ทั้งนี้อาจเนื่องจาก การที่กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 72.40) ในระบบสังคมไทยมีการเกื้อกูลอยู่ร่วมกันเป็นเวลหลายปี จึงเกิดการร่วมแบ่งปันทุกข์สุขเวลาที่คู่สมรสเกิดการเจ็บป่วยและมีการปรับตัวเข้าหากันมากขึ้น แม้ว่าผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันก็ตามอาจส่งผลให้เกิดการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ไม่แตกต่างกันได้

เพศ ผลการวิจัยพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาอาจอธิบายได้ว่าผู้ดูแลทั้งชายและหญิงจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของแอสซอล และคณะ²⁶ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากบริบทสังคมไทยทั้งเพศหญิงและชายจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ต้องรับหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลสมาชิกของ





ครอบครัวหากเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งการเข้ารับ
บทบาทของผู้ดูแลของทั้งสองเพศจึงสามารถปรับตัว
ได้ง่าย นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
(ร้อยละ 77.6) ซึ่งเพศหญิงมักถูกสังคมคาดหวังให้รับ
บทบาทการเป็นผู้ดูแลกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว
อย่างต่อเนื่อง ฉะนั้นเมื่อต้องอยู่ในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคเรื้อรังจึงอาจส่งผลต่อการรับรู้การเปลี่ยนแปลง
ระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ชัดเจน

อาชีพ ผลการวิจัยพบว่า อาชีพไม่มีความ
สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มี
ภาวะพึ่งพาอาศัยเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่
มีอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง (ร้อยละ 61.30) ทำให้
กลุ่มตัวอย่างต้องแบ่งเวลาในบางช่วงเพื่อประกอบ
อาชีพร่วมกับการมีบทบาทเป็นผู้ดูแลที่ได้ไม่เต็มที่
จึงอาจไม่รู้สึกรบกวนหรือเดือดร้อนในการดำเนินชีวิต
และการประกอบอาชีพ เพราะก็ยังสามารถทำงาน
ได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลที่มีอาชีพแตกต่างกันอาจมีคุณภาพ
ชีวิตในระดับไม่แตกต่างกันมาก

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ไม่มี
ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
ที่มีภาวะพึ่งพาซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาในกลุ่มญาติที่
ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาในโรงพยาบาลสถาบัน
จิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา¹⁰ ทั้งนี้เนื่องจาก
กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
ทั้งแบบคู่ชีวิตสามี/ภรรยา (ร้อยละ 36.8) และเป็นบุตร
หลาน (ร้อยละ 34.20) ซึ่งลักษณะของครอบครัวไทย
เป็นระบบเครือญาติใกล้ชิด ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับ
รู้ว่าการที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นหน้าที่ของบุตร
หลานและทุกคนในครอบครัวที่ต้องร่วมรับผิดชอบ
และแสดงความกตัญญูแก่บุพการี ทำให้เกิดความรู้สึก
ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาอาศัย ไม่มีผล
ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

โรคประจำตัวของผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่า
ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
เรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา อธิบายได้ว่าผู้ดูแลที่มีโรคประจำ
ตัวของผู้ดูแลแตกต่างกันจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่
แตกต่างกันซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบในผู้
ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹² ทั้งนี้เนื่องจาก
กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ
57.9) และยังประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างได้
จึงทำให้รับรู้ว่าคุณภาพของตนเองอาจยังไม่ส่งต่อการรับ
รู้ระดับคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล ผลการวิจัยพบ
ว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาสามารถอธิบายได้ว่าผู้ดูแลมี
ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลที่แตกต่างกันแต่อาจมีระดับ
คุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาที่
พบในของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและมีภาวะซึมเศร้า
หรือวิตกกังวลอย่างต่อเนื่อง¹⁷ โดยผู้ดูแลผู้ป่วยโรคถุงลม
โป่งพองที่ต้องดูแลผู้ป่วยมากกว่า 1 ปีพบมีคุณภาพชีวิต
ต่ำกว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เจ็บป่วยน้อยกว่า
1 ปี¹⁹ และผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยวัยสูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพาในระดับสูง (มีคะแนนประเมิน ADLs ต่ำกว่า 12
คะแนน) มีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายและ
จิตใจต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยวัยสูงอายุที่สามารถพึ่งพา
ตนเองได้¹⁵ ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่
มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง
ตั้งแต่ 3 เดือน-20 ปี และกำลังอยู่ดูแลในระยะ
เวลา 1-6 ปี (ร้อยละ 55.3) ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องดูแล
ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีระดับความสามารถในการช่วยเหลือ
ตนเองน้อยและภาวะพึ่งพาในระดับสูง (ร้อยละ 82.89)
ประกอบกับขณะเฝ้าดูแลอาจไม่เกิดปัญหาในการดูแล
ผู้ป่วยมากนัก เพราะการการอยู่เฝ้าดูแลและปฏิบัติ
กิจกรรมต่างๆ ที่ต้องกระทำซ้ำๆ ตลอดทั้งวันอย่างต่อเนื่อง





เนื่องในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทำให้ผู้ดูแลอาจเกิดการปรับตัวกับความเครียดที่เผชิญได้ จึงอาจไม่เห็นความแตกต่างของปัญหาที่กระทบต่อการปรับตัวและความทุกข์ในการดูแลของผู้ดูแลที่ชัดเจนได้

ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมเป็นรายด้านพบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง และด้านการประเมินและให้ข้อมูลย้อนกลับมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาทั้งนี้อธิบายว่า หากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพเพิ่มขึ้น อาจทำให้ผู้ดูแลมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตั้งแต่ปี ค.ศ.1997-2007^{15,16} ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและการสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตและส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบทั้งในโรคหลอดเลือดสมอง¹² โรคเบาหวาน²⁷ โรคหัวใจและโรคมะเร็งได้^{15,16} โดยผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาในระดับต่ำและได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงในการช่วยดูแลพบมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าผู้ดูแลที่ไม่มี ผู้ช่วยเหลือ^{6,28} นอกจากนี้ มีรายงานอื่นพบว่าคู่สมรสชาวจีนที่ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นจะทำให้มีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น²⁰

ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วน

ใหญ่เป็นคู่สมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 72.40) และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแบบคู่ชีวิตสามีหรือภรรยาและเป็นบุตรหลานของผู้ป่วยจึงมีความเป็นเครือข่ายความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด ฉะนั้น การที่ญาติและผู้ดูแลได้มีการพบปะพูดคุยกันและเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น แบ่งปันความเห็นอกเห็นใจ ความรัก ความไว้วางใจ และการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกัน ได้รับข้อมูลในการแก้ไขปัญหาสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและได้รับคำปรึกษาที่เป็นประโยชน์และมีการเกื้อหนุนซึ่งกันและกันมากขึ้น²³ จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีการปรับตัวและมีระดับคุณภาพชีวิตไปในทางที่ดีขึ้นได้

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคม การเพิ่มรายได้ และการเพิ่มระดับการศึกษาและการเข้าถึงข้อมูลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาจะมีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาจึงควรเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลและปรับระบบการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ต่างๆสำหรับญาติผู้ดูแลเพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับและการประเมินผลการดูแลอย่างเป็นระบบที่ช่วยลดปัญหาและการะของของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพามีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในอำเภอมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้





ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการพัฒนาแบบแผนการสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์และการให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่ครอบครัวเพื่อส่งเสริมระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ได้แก่ ผู้ดูแลที่มีรายได้ต่ำและระดับการศึกษาน้อย รวมทั้งกลุ่มที่มีเครือข่ายการสนับสนุนจากครอบครัวน้อย เป็นต้น

2. ควรมีการดำเนินกิจกรรม/โครงการแบบบูรณาการเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานบริการสาธารณสุข เริ่มตั้งแต่การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การให้ความรู้ แนวทางปฏิบัติ ฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาเพื่อสร้างความมั่นใจและเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของผู้ดูแล

3. ควรพัฒนาแบบแผนการให้บริการดูแลต่อที่บ้านอย่างเป็นองค์รวมที่เน้นการส่งเสริมความเข้มแข็งของการประสานความร่วมมือกันระหว่างสถานบริการทุกระดับและเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวมทั้งองค์การสวัสดิการสังคมในชุมชนเพื่อการเยี่ยมบ้านดูแลช่วยเหลือครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ด้านการวิจัย

1. ควรขยายการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในแต่ละโรคให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในระดับจังหวัด ภาคหรือประเทศเพื่อดูความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในระยะต่างๆ

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะในด้านอารมณ์ การประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อช่วย

ยกระดับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา

เอกสารอ้างอิง

1. สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2551-2553. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554.
2. อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธิ์, ภาณุภูมิ จงพิริยะอนันต์. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง[อินเทอร์เน็ต];2555.[เข้าถึงเมื่อ 11 สิงหาคม 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://www.boe.moph.go.th/files/report/20140109_40197220.pdf.
3. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท. รายงานประจำปี 2554. ชัยนาท: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท; 2555.
4. โรงพยาบาลมโนรมย์. สถิติการมารับบริการผู้ป่วยนอกในฐานะข้อมูลเวชระเบียนการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้รับบริการ. ชัยนาท: โรงพยาบาลมโนรมย์; 2556.
5. Goy ER, Carter JH, Ganzini L. Needs and experiences of caregivers for family members dying with Parkinson disease. J Palliat Care. 2008;24:69-75.
6. ภารดี ปรีชาวิทยากุล. ประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่พักอาศัยในอาคารเอ็นคิระ อาคารที่พักชั่วคราวของผู้ป่วยและญาติ. สงขลานครินทร์เวชสาร 2549;24(2):71-84.
7. สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค. การจัดหาแหล่งประโยชน์สำหรับญาติผู้ดูแล. ในเอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Caring for the Family Caregiver [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงเรียนพยาบาล



- รามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล; 2556 [เข้าถึง
เมื่อ 11 สิงหาคม 2557]. เข้าถึงได้จาก:
[http://med.mahidol.ac.th/nursing/sites/default/
files/public/CNER/2556/doc/Caregiver/doc/03_
Caregiver.pdf](http://med.mahidol.ac.th/nursing/sites/default/files/public/CNER/2556/doc/Caregiver/doc/03_Caregiver.pdf)
8. Amendola F, Oliveira MA. Influence of social support on the quality of life of family caregivers while caring for people with dependence. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(4):884–9.
9. Martinez–Martin P, Rodriguez–Blazquez C, Forjaz MJ. Quality of life and burden in caregivers for patients with Parkinson's disease: concepts, assessment and related factors. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* [doi:10.1586/erp.11.106]2012; 12(2): 221–30. Available from: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1586/erp.11.106>
10. นรวิทย์ พุ่มจันทร์. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ: กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2548;13(3):146–56.
11. วีระชัย อิ่มน้ำขาว, ศิราณี อิ่มน้ำขาว, ศุภวัฒน์ สุริโย, ติณฐพร ใจซื่อ. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้ด้อยโอกาสที่พิการ ตำบลวังแสง อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขากาตตะวันตกเฉียงเหนือ* 2553; 31(1):72–9.
12. เพ็ญฟ้า สีสวย. การศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
13. Yang X, Hao Y, George SM, Wang, L. Factors associated with health-related quality of life among Chinese caregivers of the older adults living in the community: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2012;10:143–54.
14. Lim JW, Zebrack B. Caring for family members with chronic physical illness: A critical review for caregiver literature. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 50. doi:10.0086/1477.7525–2–50.
15. Martinez–Martin P, Benito–León J, Alonso F, Catalán MJ, Pondal M, Zamarbide I, et al. Quality of life of caregivers in Parkinson's disease. *Quality of Life Research* 2005; 14(2): 463–72.
16. Morley D, Dummett S, Peters M, Kelly L, Hewitson P, Dawson J, et al. Factors Influencing Quality of Life in Caregivers of People with Parkinson's Disease and Implications for Clinical Guidelines. *Parkinson's Disease* [doi:10.1155/2012/190901]. 2012 [cited 2012 November 12]; [about 6 p.]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/190901>.
17. Giasdam S, Timm H, Vittrup R. Support efforts for Caregivers of chronically ill persons. *Clin Nurs Research* 2010; 19(3): 233–65.
18. Morimoto T, Schreiner AS, Asano H: Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age Ageing* 2003;



- 32: 218–223.
19. Kumar S, Matreja PS, Gupta AK, Singh A, Garg P. To Assess the Quality of Life (QOL) of Caregivers and Patients Suffering from Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *J Allergy & Therapy* [doi:10.4172/2155–6121]. 2012; [S2: 003].
20. Wang J, Zhao X. Quality of Life and Social Support in Spouses of Patients with Depression. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation* 2012; 16(2): 28–35.
21. World Health Organization, 1996. อ้างใน สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรง เชียงใหม่; 2540.
22. Ahmadi M, Khankeh HR, Rahgozar M, Teymouri R, Sheikhona M. The Quality of life in caregivers of acute and chronic patients with schizophrenia. *Iranian Journal of Clinical Psychology* 2013; 2(3): 47–50.
23. House JS. Social support and social structure. *Sociological Forum* 1987; 2(1): 135–46.
24. สุทธิชัย จิตตพันธุ์กุล. หลักและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.
25. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, ปรีทรรค ศิลปะกิจ และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ. เชียงใหม่: ทู่นับสนุนจากกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลสวนปรง เชียงใหม่; 2541.
26. Assal H, Emam H, Abd El-Ghaffar N. Health related quality of life among Egyptian patients on haemodialysis. *J Med Sci* 2006; 6(3): 314–320.
27. Awadalla AW, Ohaeri JU, Al-Awadi SA, Tawfiq AM. Diabetes mellitus patients' family caregivers' subjective quality of life. *J Natl Med Assoc* 2006; 98(5): 727–36.
28. Ho SC, Chan A, Woo J, Chong P, Sham A. Impact of caregiving on health and quality of life: a comparative population-based study of caregivers for elderly persons and noncaregivers. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009; 64(8): 873–9.

