

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย: การศึกษาแบบภาคตัดขวางในคลินิกโรคไตอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ประเทศไทย

กรกฎ พร้อมสกุล<sup>1</sup> และ นลินี ยิ่งชาญกุล<sup>2</sup>

<sup>1</sup>กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำพูน, <sup>2</sup>ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย

**วิธีการ** การศึกษาแบบภาคตัดขวางในช่วงเวลาหนึ่งในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่มารับบริการที่คลินิกโรคไตอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน เก็บข้อมูลช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยผู้ดูแลมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปและไม่ได้ค่าตอบแทนในลักษณะจ้าง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 5 ส่วน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย 2) ปัจจัยด้านผู้ดูแล 3) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม 4) แบบประเมินภาวะในการดูแลของผู้ดูแลับภาษาไทย และ 5) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

**ผลการศึกษา** ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายจำนวน 152 คน มีความชุกของการมีความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลร้อยละ 18.42 พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะในการดูแลของผู้ดูแลได้แก่ ผู้ดูแลที่มีสถานภาพโสดหรือหย่าร้าง มีความรู้สึกว่ารายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย มีภาระหนี้ ต้องการข้อมูลและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มเติม ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย และมีคะแนนคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพน้อย ( $p < 0.05$ )

**สรุป** การคัดกรองภาวะในการดูแลของผู้ดูแล รวมทั้งเรื่องข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจสังคมของผู้ดูแล และความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งที่สามารถทำควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย จึงควรได้รับการคัดกรองและดูแลไปพร้อม ๆ กัน **เชียงใหม่เวชสาร 2564;60(1):41-52. doi 10.12982/CMUMEDJ.2021.04**

**คำสำคัญ:** ความชุก ปัจจัย ภาวะในการดูแล ผู้ดูแล ไตวาย ระยะสุดท้าย

## บทนำ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease) คือ ผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการไหลของเลือดผ่านตัวกรองของไตในหนึ่งนาที (glomerular filtration rate; GFR) น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ติดต่อกัน เกินสามเดือน หรือผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกตินาน

ติดต่อกันเกินสามเดือน (1) โดยสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคไตวาย คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable disease) เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (2) เป็นต้น ซึ่งหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้จะมีการพยากรณ์ของโรคที่

**ติดต่อเกี่ยวกับบทความ:** นลินี ยิ่งชาญกุล, พบ., ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 50200, ประเทศไทย  
อีเมล: nalineey@hotmail.com



**วันรับเรื่อง** 18 เมษายน 2563, **วันส่งแก้ไข** 25 พฤษภาคม 2563, **วันยอมรับการตีพิมพ์** 16 สิงหาคม 2563

แย่งลง นำไปสู่วิทยาาระยะสุดท้ายจนจำเป็นจะต้องได้รับการล้างไต (1) จากสถิติประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 พบว่าในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.5 พบมากที่สุดเขตกรุงเทพมหานครร้อยละ 27 รองมาเป็นภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ โดยพบความชุกร้อยละ 22.2 20.4 13.7 และ 13.4 ตามลำดับ (3) โดยโรคไตเรื้อรังแบ่งออกเป็นห้าระยะ ซึ่งระยะสุดท้ายเรียกว่าภาวะไตวายระยะสุดท้าย (1) (chronic kidney disease stage V หรือ end-stage renal disease) ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีค่า GFR < 15 มล./นาที/1.73 ตร.ม. จำเป็นต้องได้รับการล้างไตหรือฟอกไต มี 2 วิธี (2) ได้แก่ การฟอกเลือด (hemodialysis) เป็นวิธีการล้างไตด้วยเครื่องฟอกเลือดที่โรงพยาบาล อีกวิธีคือการล้างไตผ่านทางหน้าท้อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis; CAPD) เป็นวิธีที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถทำได้ที่บ้าน โดยแต่ละวิธีล้วนแต่จำเป็นต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแล (caregiver) (4) เช่น การพาผู้ป่วยไปล้างไตที่โรงพยาบาล สัปดาห์ละหลายครั้ง การล้างไตผ่านทางหน้าท้องที่บ้านซึ่งต้องทำหลายครั้งในแต่ละวัน

จากคำนิยามของผู้ดูแล (5) หมายถึงบุคคลที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือทางด้านกิจกรรมต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วยที่พิการ ผู้ป่วยที่มีความต้องการดูแลในระยะยาว หรือผู้สูงอายุ ผู้ดูแลอาจหมายถึงคนในครอบครัวหรือไม่ใช่คนในครอบครัวก็ได้ การศึกษาในผู้ดูแลทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่าผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือดกับผู้ป่วย (6,7) ดังนั้นญาติและครอบครัวของผู้ป่วยจึงถือเป็นกำลังสำคัญในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย

ในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย นอกเหนือจากการให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยแล้ว ผู้ดูแลยังต้องจัดการกับปัญหาทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วย

ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแล บริหารจัดการเวลาในเรื่องการดูแลสุขภาพผู้ป่วยรวมถึงเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง จนบางครั้งผู้ดูแลเกิดความเครียด (caregiver stress) (8-10) เมื่อผู้ดูแลเกิดความเครียดสะสมจนรู้สึกเหนื่อยล้า จะนำมาซึ่งการเกิดภาระในการดูแลของผู้ดูแล (caregiver burden) (9,11-14) มีการศึกษาในประเทศอิหร่านเรื่อง The assessment of caregiver burden in caregivers of hemodialysis patients (15) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่ล้างไตด้วยเครื่องฟอกไตมีภาระในการดูแลของผู้ดูแลในระดับปานกลางถึงรุนแรง (moderate to severe) สูงถึงร้อยละ 72.51 การเกิดภาระในการดูแลของผู้ดูแลนี้อาจส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย (16) และทางด้านจิตใจ (8) รวมถึงลดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (17) ผลการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการล้างไต พบว่าผู้ดูแลมีภาระในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยที่ล้างไตผ่านทางหน้าท้อง (17,18) แต่การศึกษาก่อนหน้านี้เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายระยะสุดท้ายยังมีไม่มากนัก (15,17)

จากความสำคัญของภาระในการดูแลของผู้ดูแลและการศึกษาเรื่องภาระในการดูแลของผู้ดูแลในประเทศไทยนั้นยังมีน้อย (19) ประกอบกับภาคเหนือมีสถิติคนเป็นโรคไตเรื้อรังค่อนข้างมาก สถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในจังหวัดลำพูนพบผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายค่อนข้างสูง มีจำนวน 579 คน สูงสุดที่อำเภอเมืองลำพูน จำนวน 138 คน ยังไม่เคยมีงานวิจัยเกี่ยวกับภาระในการดูแลของผู้ดูแลโรคไตวายระยะสุดท้ายในพื้นที่จังหวัดลำพูน งานวิจัยฉบับนี้จึงต้องการศึกษาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในคลินิกโรคไต อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และพัฒนา

แนวทางคัดกรองและป้องกันการเกิดภาวะในการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพผู้ดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวได้ในอนาคต

## วิธีการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) กลุ่มประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตมาใช้บริการที่คลินิกโรคไตโรงพยาบาลลำพูนและโรงพยาบาลหริภุญชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ผู้ดูแลมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป อ่านออกเขียนได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ดูแลที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ และผู้ดูแลที่ไม่เต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัย งานวิจัยชิ้นนี้มีผู้เข้าร่วมจำนวนรวมทั้งสิ้น 152 คน

ใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ประเมินปัจจัยพื้นฐาน เช่น เพศ อายุ ระยะเวลาที่ได้รับการล้างไต รูปแบบการล้างไต ภาวะพึ่งพาของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) (20) มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยคะแนน 12-20 หมายถึง ไม่มีภาวะพึ่งพา และคะแนน 0-11 หมายถึง มีภาวะพึ่งพา 2) ปัจจัยด้านผู้ดูแล เช่น เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เริ่มดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย 3) ประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลฉบับภาษาไทย (Thai version of Zarit Burden Interview) (21) ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ มีคะแนนเต็ม 88 คะแนน โดยคะแนน 0-20 คะแนน หมายถึง ไม่มี

ภาระในการดูแลของผู้ดูแล 21-40 คะแนน หมายถึง มีภาระในการดูแลของผู้ดูแลน้อยถึงปานกลาง 41-60 คะแนน หมายถึง มีภาระในการดูแลของผู้ดูแลปานกลางถึงรุนแรง 61-88 คะแนน หมายถึง มีภาระในการดูแลของผู้ดูแลรุนแรง 4) ประเมินการได้รับการสนับสนุนจากสังคมโดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (22,23) แปลผลโดยการนำคะแนนทั้งหมดจากการตอบคำถามมาคำนวณค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จะแบ่งค่าการสนับสนุนทางสังคมได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ ค่าคะแนนน้อยกว่าค่าคะแนนเฉลี่ย - ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean - SD) หมายถึง กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่น้อย ค่าคะแนนระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ย  $\pm$  ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean  $\pm$  SD) หมายถึง กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และค่าคะแนนมากกว่าค่าคะแนนเฉลี่ย + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หมายถึง กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก 5) ประเมินคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพของผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมินค่าคะแนนอรรถประโยชน์คุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพ (24) แปลผลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สำหรับคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ โดยผลคะแนนจะอยู่ในช่วง 0-1 คะแนน ซึ่งหากมีค่าเข้าใกล้ 1 หมายถึง คุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง

การศึกษานี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมโดยคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลลำพูน รหัสวิจัยเลขที่ Ethic LPN 029/2562

การคำนวณค่าทางสถิติเชิงอนุมาน ใช้โปรแกรม Stata version 12 โดยคำนวณค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย chi-square และ multivariable logistic regression คำนวณขนาดกลุ่มประชากรตัวอย่างโดย คำนวณจากสูตรคำนวณสัดส่วนประชากรที่นับจำนวนได้ไม่แน่นอน (infinite population) โดยอ้างอิงงานวิจัยเรื่อง The assessment of caregiver burden

in caregivers of hemodialysis patients (15) ซึ่งมีความชุกของภาระในการดูแลของผู้ดูแลร้อยละ 72.5 คาดการณ์ค่าความคลาดเคลื่อนอยู่ที่ 0.1 มีค่า Alpha error = 0.05

### ผลการศึกษา

จากผลการศึกษาข้อมูลภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายทั้งหมดจำนวน 152 คน มีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาระในการดูแลของผู้ดูแล 13.66 คะแนน พบความชุกของภาระในการดูแลของผู้ดูแลร้อยละ 18.42 โดยแบ่งเป็นระดับน้อยถึงปานกลางร้อยละ 13.16 ระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 5.26 และไม่พบภาระในการดูแลในระดับรุนแรง ดังแสดงในตารางที่ 1

ข้อมูลปัจจัยด้านผู้ป่วยจำนวน 152 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 46.05 เพศชายร้อยละ 53.95 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย 58.48 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยที่ได้รับการล้างไต 4.73 ปี คะแนนการพึ่งพา (ADL) อยู่ในกลุ่มไม่มีภาวะพึ่งพาร้อยละ 97.37 ที่เหลืออยู่ในกลุ่มภาวะการพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (ADL: 0-4) ร้อยละ 2.63 ดังแสดงในตารางที่ 2

ข้อมูลปัจจัยด้านผู้ดูแลทั้งหมดจำนวน 152 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 67.11 เพศชายจำนวนร้อยละ 32.89 อายุเฉลี่ยของผู้ดูแลเท่ากับ 47.37 ปี มีระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วย 4.57 ปี จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน 7.38 ชั่วโมง มีสถานภาพสมรสร้อยละ 75.66 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 13.82 มีโรคประจำตัวร้อยละ 40.27 ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจในครอบครัวพบว่า มีความรู้สึกไม่เพียงพอระหว่างรายรับและรายจ่ายร้อยละ 43.92 มีภาระเป็นหนี้ร้อยละ 31.08 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางร้อยละ 66.89 ผู้ดูแลมีค่าคะแนนอรรถประโยชน์แสดงคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพเฉลี่ยที่ 0.87 คะแนน

**ตารางที่ 1.** ความชุกของภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย

การมีภาระในการดูแลของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview)	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มี (0-20 คะแนน)	124 (81.58)
มี (21-88 คะแนน)	28 (18.42)
ระดับน้อยถึงปานกลาง (21-40 คะแนน)	20 (13.16)
ระดับปานกลางถึงรุนแรง (41-60 คะแนน)	8 (5.26)
ระดับรุนแรง (61-88 คะแนน)	0 (0)

มีผู้ดูแลที่ต้องการข้อมูลและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มเติมร้อยละ 36.00 ดังแสดงในตารางที่ 3

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการมีภาระในการดูแลของผู้ดูแลพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาระในการดูแลของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ดูแลที่มีความรู้สึกว่าร่ายรับไม่เพียงพอกับรายจ่าย ( $p < 0.01$ ) ผู้ดูแลที่มีภาระหนี้ ( $p < 0.01$ ) ผู้ดูแลที่มีสถานภาพโสดหรือหย่าร้าง ( $p = 0.01$ ) ผู้ดูแลที่ต้องการข้อมูลและความรู้เพิ่มเติมเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วย ( $p < 0.01$ ) ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ( $p < 0.01$ ) ผู้ดูแลที่มีค่าคะแนนอรรถประโยชน์แสดงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพน้อย ( $p < 0.01$ ) ส่วนปัจจัยทางด้านอื่น ๆ เช่น ระยะเวลาที่ผู้ป่วยล้างไต รูปแบบการล้างไต คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย เป็นต้น ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3

จากการวิเคราะห์ด้วยวิธีการเลือกตัวแปรเข้าสู่ตัวแบบวิเคราะห์ multivariable logistic regression ด้วยวิธี backward selection พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญทางสถิติมี 2 ปัจจัย ได้แก่ ผู้ดูแลที่

ตารางที่ 2. ความชุกของปัจจัยทางด้านผู้ป่วย และความสัมพันธ์กับการมีภาวะในการดูแลของผู้ดูแล

ข้อมูลปัจจัยทางด้านผู้ป่วย (n=152)	จำนวนคนรวมทั้งหมด (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ไม่มีภาวะในการดูแลของผู้ดูแล (ร้อยละ)	จำนวนคนที่มีภาวะในการดูแลของผู้ดูแล (ร้อยละ)	p-value
เพศ				0.97
หญิง	70 (46.05)	57 (45.97)	13 (46.43)	
ชาย	82 (53.95)	67 (54.03)	15 (53.57)	
ค่าเฉลี่ยอายุ (ปี)±SD (n=151)	58.48±13.27	58.34±14.22	59.07±7.98	0.79
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ล้างไต (ปี)±SD (n=144)	4.73±4.59	4.86±0.45	4.20±0.64	0.50
น้อยกว่า 1 ปี	23 (15.97)	20 (17.09)	3 (11.11)	0.44
ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป	121 (84.03)	97 (82.91)	24 (88.89)	
การมีโรคประจำตัวอื่นนอกจากโรคไตระยะสุดท้าย (n=146)				0.28
ไม่มี	22 (15.07)	20 (16.53)	2 (8.00)	
มี	124 (84.93)	101 (83.47)	23 (92.00)	
รูปแบบการล้างไต				0.59
ล้างไตด้วยการฟอกเลือด (hemodialysis)	91 (59.87)	73 (58.87)	18 (64.29)	
ล้างไตผ่านทางหน้าท้อง (CAPD)	61 (40.13)	51 (41.13)	10 (35.71)	
ค่าเฉลี่ยจำนวนยาที่รับประทานต่อวัน (เม็ด) ±SD (n=134)	6.84±2.52	6.67±2.48	7.68±2.63	0.09
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index)				0.34
ไม่มีภาวะพึ่งพา (12-20 คะแนน)	148 (97.37)	120 (96.77)	28 (100)	
มีภาวะพึ่งพา (0-11 คะแนน)	4 (2.63)	4 (3.23)	0 (0)	

มีความรู้สึกว่ารายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายมีภาวะในการดูแลของผู้ดูแลมากกว่าถึง 6.42 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลที่มีความรู้สึกว่ารายได้เพียงพอกับรายจ่าย ( $p < 0.01$ ) และผู้ดูแลที่มีสถานภาพโสดหรือหย่าร้างมีภาวะในการดูแลของผู้ดูแลมากกว่าถึง 3.91 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรส ( $p = 0.02$ ) และพบปัจจัยที่เข้าใกล้การมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.05$ ) คือผู้ดูแลที่มีความต้องการข้อมูลและความรู้เพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วยมีภาวะในการดูแลของผู้ดูแลมากกว่าถึง

2.59 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลที่ไม่มีปัจจัยนี้ ดังแสดงในตารางที่ 4

#### อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเรื่องภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตในคลินิกโรคไต ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน พบว่ามีความชุกในการเกิดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลร้อยละ 18.42 ซึ่งถือว่าไม่มากเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายก่อน

ตารางที่ 3. ความชุกของปัจจัยทางด้านผู้ดูแล และความสัมพันธ์กับการมีภาวะในการดูแลของผู้ดูแล

ข้อมูลปัจจัยทางด้านผู้ดูแล (n=152)	จำนวนคนรวมทั้งหมด (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ไม่มีภาวะในการดูแลของผู้ดูแล (ร้อยละ)	จำนวนคนที่มีภาวะในการดูแลของผู้ดูแล (ร้อยละ)	p-value
เพศ				0.73
หญิง	102 (67.11)	84 (67.74)	18 (64.29)	
ชาย	50 (32.89)	40 (32.26)	10 (35.71)	
ค่าเฉลี่ยอายุ (ปี) ± SD (n=151)	47.37±13.49	47.28±13.67	47.79±12.89	0.86
ความรู้สึกเพียงพอระหว่างรายรับและรายจ่าย (n=148)				<0.01*
รู้สึกเพียงพอ	83 (56.08)	77 (63.64)	6 (22.22)	
รู้สึกไม่เพียงพอ	65 (43.92)	44 (36.36)	21 (77.78)	
ภาระหนัก (n=148)				<0.01*
ไม่เป็นหนัก	102 (68.92)	91 (75.21)	11 (40.74)	
เป็นหนัก	46 (31.08)	30 (24.79)	16 (59.26)	
สถานภาพ				0.01*
สมรส	115 (75.66)	99 (79.84)	16 (57.14)	
โสดหรือหย่าร้าง	37 (24.34)	25 (20.16)	12 (42.86)	
อาชีพ				0.60
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	21 (13.82)	18 (14.52)	3 (10.71)	
มีการประกอบอาชีพ	131 (86.18)	106 (85.48)	25 (89.29)	
ค่าเฉลี่ยรายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)±SD (n=96)	15,366.03±12,276.99	15,487.99±12,842.88	14,756.25±9,242.869	0.83
ระดับการศึกษา				0.34
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4 (2.63)	4 (3.23)	0 (0)	
ได้เรียนหนังสือ	148 (97.37)	120 (96.77)	28 (100.00)	
โรคประจำตัว (n=149)				0.91
มี	89 (59.73)	72 (59.50)	17 (60.71)	
ไม่มี	60 (40.27)	49 (40.50)	11 (39.29)	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				0.18
ญาติสายตรง ได้แก่ บิดา/มารดา สามี/ภรรยา บุตร	136 (89.47)	109 (87.90)	27 (96.43)	
อื่น ๆ เช่น หลาน หลานเขย/สะใภ้ ลูก/สะใภ้ เป็นต้น	16 (10.53)	15 (12.10)	1 (3.57)	
ค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน (ชั่วโมง)±SD (n=108)	7.38±6.95	7.53±7.13	6.75±6.19	0.65
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วย (ปี) ±SD (n=119)	4.57±4.31	4.58±0.46	4.56±0.74	0.98

**ตารางที่ 3.** ความชุกของปัจจัยทางด้านผู้ดูแล และความสัมพันธ์กับการมีภาวะในการดูแลของผู้ดูแล (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยทางด้านผู้ดูแล (n=152)	จำนวนคนรวมทั้งหมด (ร้อยละ)	จำนวนคนที่ไม่มีภาวะในการดูแลของผู้ดูแล (ร้อยละ)	จำนวนคนที่มีภาวะในการดูแลของผู้ดูแล (ร้อยละ)	p-value
ความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมและความรู้ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย (n=150)				<0.01*
ไม่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม	96 (64.00)	85 (69.11)	11 (40.74)	
ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม	54 (36.00)	38 (30.89)	16 (59.26)	
ค่าเฉลี่ยคะแนนสนับสนุนทางสังคม (คะแนน)±SD (n=151)	61.14±0.59	62.48±10.67	55.25±8.09	<0.01*
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (n=151)				<0.01*
การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่น้อย	27 (17.88)	17 (13.82)	10 (35.71)	
การได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลางหรือมาก	124 (82.12)	106 (86.18)	18 (64.29)	
ค่าเฉลี่ยคะแนนอรรถประโยชน์แสดงคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพเฉลี่ย±SD (n=150)	0.87±0.17	0.89±0.16	0.79±0.19	<0.01*

**ตารางที่ 4.** Odds ratio ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายในกลุ่มตัวอย่าง	Odds ratio	p-value
ความรู้สึกรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	6.42	<0.01*
สถานภาพโสดหรือหย่าร้าง	3.91	0.02*
ความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมและความรู้เพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วย	2.59	0.05

หน้านี้ในประเทศอิหร่าน (15) ที่มีความชุกสูงถึงร้อยละ 72.5 และจากการศึกษาผู้ดูแลในโรคไตชนิดอื่น พบว่าผู้ดูแลโรค nephrotic syndrome ในเด็กในประเทศไนจีเรีย (25) นั้น มีความชุกของภาวะในการดูแลของผู้ดูแลร้อยละ 17.4 ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยฉบับนี้ จากการที่มีความแตกต่าง

ของความชุกกับงานวิจัยในประเทศอิหร่านนั้น อาจเกิดจากปัจจัยพื้นฐานและบริบทที่แตกต่างกันของประเทศไทยและอิหร่าน เช่น ระบบบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน ร่วมกับผู้ป่วยในอิหร่านเป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยเครื่องที่โรงพยาบาลทั้งหมด ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยฉบับนี้ที่ประกอบด้วยผู้ป่วยล้างไตด้วยเครื่องที่โรงพยาบาลและล้างไตผ่านหน้าท้องที่บ้าน และเรื่องความยากง่ายในการมารับการล้างไตที่โรงพยาบาลอาจส่งผลต่อการมีภาวะในการดูแลของผู้ดูแลได้

จากงานวิจัยชิ้นนี้ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 2 ปัจจัย คือ การที่ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่ารายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย และการมีสถานภาพโสดหรือหย่าร้าง ซึ่งข้อมูลสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ล้างไตจะมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น (26) รวมถึงการศึกษาในประเทศ

แคนาดาพบว่าโรคไตวายระยะสุดท้ายเป็นโรคร้ายแรงที่มีผลต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญและทางเลือกในการรักษานั้นมีราคาสูง (27) การดูแลผู้ป่วยที่ต้องล้างไตจึงมีภาระค่าใช้จ่ายที่สูง มีการศึกษาในอินเดียสรุปว่าการล้างไตเป็นการรักษาที่มีราคาสูงซึ่งเป็นเรื่องยากสำหรับบุคคลทั่วไปที่เศรษฐกิจครอบครัวไม่ดีขึ้นจะเข้าถึงได้อย่างสม่ำเสมอ (28) ดังนั้นเมื่อภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นขณะที่รายได้เท่าเดิมจึงอาจเกิดภาวะรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีความกังวลและเครียด จนอาจทำให้เกิดภาวะในการดูแลของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกันกับงานวิจัยในผู้ดูแลก่อนหน้าที่ศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจวาย (29) พบว่าปัญหาทางการเงินสัมพันธ์กับอาการของควมวิตกกังวลในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว และยังสามารถสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องภาระทางเศรษฐกิจในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในประเทศจีน (30) พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตสังคมมีความสัมพันธ์กับภาระเศรษฐกิจครอบครัวที่เพิ่มขึ้นในทางอ้อมเช่นกัน ปัจจัยด้านเศรษฐกิจครอบครัวจึงนับได้ว่าเป็นสิ่งที่สำคัญ ควรได้รับความสนใจและเตรียมพร้อมตั้งแต่การวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตตั้งแต่เริ่มแรก และควรมีการแนะนำถึงเรื่องค่าใช้จ่ายในการฟอกไตก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะสุดท้าย อาจจะช่วยให้อาการครอบครัวสามารถปรับตัวให้เหมาะสมกับภาวะทางเศรษฐกิจที่จะต้องเผชิญเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย โดยปัจจัยเรื่องความรู้สึกว่ารายได้ที่ไม่เพียงพอกับรายจ่ายนี้ สัมพันธ์กับการมีภาระในการดูแลของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นถึง 6.42 เท่า หากมีระบบการคัดกรองข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจครอบครัวที่มีประสิทธิภาพก่อนการเริ่มทำหน้าที่ผู้ดูแล รวมถึงการมีสิ่งสนับสนุนจากสังคมแวดล้อม (31) อาจจะสามารถช่วยเตรียมพร้อมเรื่องรายได้ของผู้ดูแลก่อนที่ผู้ป่วยจะดำเนินโรคไปถึงระยะสุดท้าย

อาจช่วยลดการเกิดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลได้ และปัจจัยเสี่ยงอีกปัจจัย คือ เรื่องการมีสถานภาพโสดหรือหย่าร้างนั้น ข้อมูลสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระในการดูแลของมารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคลูคีเมีย (acute lymphocytic leukemia) พบว่ามารดาที่แต่งงานมีภาระในการดูแลน้อยกว่ามารดาที่เป็นหม้ายหรือหย่าร้าง (32) และยังสามารถสอดคล้องกับผลวิจัยเรื่องภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการกิน (eating disorder) ระบุว่าภาระในการดูแลในระดับสูงสัมพันธ์กับการหย่าร้าง (33) และจากงานวิจัยฉบับนี้พบว่าปัจจัยด้านสถานภาพโสดหรือหย่าร้างสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแล 3.91 เท่า ซึ่งหากสามารถคัดกรองเรื่องสถานภาพครอบครัวไปกับการคัดกรองข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจครอบครัวแล้ว จะสามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดภาวะในผู้ดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะในผู้ดูแลได้ตั้งแต่ต้น

นอกจากนี้ยังพบว่ามีอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เข้าใกล้การมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ปัจจัยเรื่องความต้องการข้อมูลและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มเติม มีการศึกษาก่อนหน้านี้ในมารดาที่ต้องดูแลทารกที่ต้องได้รับอาหารทางหน้าท้อง (gastrostomy feeding) พบว่ามารดาที่มีระดับความรู้เพิ่มขึ้นในสัปดาห์แรกและเดือนที่สามหลังจากการฝึกอบรมสัมพันธ์กับภาระในผู้ดูแลที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (34) และยังมีงานวิจัยที่พบว่าการสอดแทรกความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยโดยใช้เทคโนโลยีเป็นตัวช่วย สามารถลดภาระในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (35) ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะต้องการข้อมูลที่เพียงพอในการดูแล หากไม่สามารถได้รับข้อมูลที่เพียงพออาจนำไปสู่ภาวะความกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง เกิดเป็นภาวะผู้ดูแลเครียดได้ (36) โดยปัจจัยเรื่องความ

ต้องการข้อมูลและความรู้ในการดูแลเพิ่มเติมนี้ พบว่าสัมพันธ์กับภาระในผู้ดูแลเพิ่มขึ้น 2.59 เท่า จึงควรมีระบบการประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลก่อนให้ดูแลผู้ป่วยจริง เพื่อเติมเต็มความรู้ที่ใน ด้านที่ยังต้องการหรือไม่มั่นใจในการดูแลให้แก่ผู้ดูแล โดยความรู้ที่ให้อาจมีการสอนและให้ข้อมูลเป็นระยะ ตามการดำเนินโรคของผู้ป่วยโรคไต จะทำให้ผู้ดูแลสามารถเตรียมตัวก่อนเกิดสถานการณ์จริง ซึ่งอาจช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะในผู้ดูแลได้

สำหรับข้อจำกัดในงานวิจัยนี้ เนื่องจากงานวิจัยเป็นแบบภาคตัดขวางจะบอกได้เพียงว่าสองตัวแปร มีความสัมพันธ์กัน ไม่สามารถบอกเหตุและผลของสองตัวแปรนั้นได้ อีกทั้งการเก็บข้อมูลงานวิจัย เก็บในคลินิกโรคไตในอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ซึ่งเป็นคลินิกผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้ ความจำเป็นที่จะต้องพึ่งพาผู้ดูแลมีน้อย อาจส่งผลต่อความชุกของภาวะในผู้ดูแลได้ ซึ่งหากในอนาคตมีการทำวิจัยในเรื่องนี้ อาจเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่อยู่ที่ชุมชนให้มากขึ้น รวมถึงกลุ่มที่ไม่ได้รับการฟอกไต อาจทำให้ความชุกใกล้เคียงความเป็นจริงครอบคลุมทุกกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย

## สรุป

การคัดกรองภาวะในการดูแลของผู้ดูแล รวมทั้งเรื่องข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจสังคมของผู้ดูแล และความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งที่สามารถทำควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ควรได้รับการคัดกรองและดูแลไปพร้อม ๆ กัน

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์หญิงช่อทิพย์ พรหมมารัตน์ นายแพทย์โกคิน ศักรินทร์กุล แพทย์พยาบาล และ

เจ้าหน้าที่คลินิกโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลลำพูน และโรงพยาบาลทริภุชชัย ที่ให้คำปรึกษาและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณโรงพยาบาลลำพูนและโรงพยาบาลทริภุชชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำพูนที่เอื้อเฟื้อสถานที่ในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

## ทุนสนับสนุน

งานวิจัยฉบับนี้ไม่มีแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินการ

## ผลประโยชน์ทับซ้อน

งานวิจัยฉบับนี้ไม่มีการขัดกันของผลประโยชน์ หรือผลประโยชน์ทับซ้อน

## เอกสารอ้างอิง

1. National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. Am J Kidney Dis 2002;39:51-266, 2002:43-64. [cited 2019 February 16]. Available from: [https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd\\_evaluation\\_classification\\_stratification.pdf](https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/ckd_evaluation_classification_stratification.pdf)
2. Newman T. Symptoms, causes, and treatment of chronic kidney disease. 2017. Medical News Today [Internet] 2017 Dec 13 [cited 2019 February 16]. Available from: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/172179.php>
3. Ingsathit A, Thakkinian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. Nephrol Dial Transplant. 2010;25:1567-75.
4. Maddux D. Fresenius Medical Care-White paper: Caring for Caregivers [Internet]. 2018.

- [cited 2019 February 25]. Available from: <https://fmcna.com/insights/white-papers/caring-for-caregivers>
- Organization WH. A glossary of terms for community health care and services for older persons. 2004.
  - Streck BP, Wardell DW, Wood GL. Family caregiver-receiver mutuality: a concept analysis. *ANS Adv Nurs Sci.* 2020;43:E71-9.
  - Siraphongam Y, Survalance the research about caregiver in NCD patients. *Ramathibodi Nursing Journal.* 2003;9:156-65. [in Thai]
  - Affinito J, Louie K. Positive coping and self-assessed levels of health and burden in unpaid caregivers of patients with end stage renal disease receiving hemodialysis therapy. *Nephrol Nurs J.* 2018;45:373-9.
  - Bevans M, Sternberg EM. Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *JAMA.* 2012;307:398-403.
  - Watson AR. Stress and burden of care in families with children commencing renal replacement therapy. *Adv Perit Dial.* 1997;13:300-4.
  - Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Caregiver burden: a clinical review. *JAMA.* 2014;311:1052-1060.
  - Cohen LM, Germain MJ. Caregiver burden and hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2014;9:840-2.
  - Kang A, Yu Z, Foo M, Chan CM, Griva K. Evaluating burden and quality of life among caregivers of patients receiving peritoneal dialysis. *Perit Dial Int.* 2019;39:176-80.
  - Kasuya RT, Polgar-Bailey P, Takeuchi R. Caregiver burden and burnout. A guide for primary care physicians. *Postgrad Med.* 2000;108:119-23.
  - Mashayekhi F, Pilevarzadeh M, Rafati F. The assessment of caregiver burden in caregivers of hemodialysis patients. *Mater Sociomed.* 2015;27:333-6.
  - Guerra-Martin MD, Amador-Marin B, Martinez-Montilla JM. [Health problems of family caregivers of people over 65 suffering from chronic renal failure: a systematic review]. *An Sist Sanit Navar.* 2015;38:425-38.
  - Belasco A, Barbosa D, Bettencourt AR, Diccini S, Sesso R. Quality of life of family caregivers of elderly patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis.* 2006;48:955-63.
  - Gilbertson EL, Krishnasamy R, Foote C, Kennard AL, Jardine MJ, Gray NA. Burden of care and quality of life among caregivers for adults receiving maintenance dialysis: A systematic review. *Am J Kidney Dis.* 2019;73:332-43.
  - Muangpaisan W, Praditsuwan R, Assanasen J, Srinonprasert V, Assantachai P, Intalapa-porn S, et al. Caregiver burden and needs of dementia caregivers in Thailand: a cross-sectional study. *J Med Assoc Thai.* 2010;93:601-7.
  - National Health Security office. Record of screening to ability in daily life. Guide to support the administration of the long-term administrative services in public health for dependent elderly in the National Health Security System. 2016. p. 78-80. [in Thai]
  - Silpakit O, Silpakit C, Chomchuen R. Psychometric study of the Thai version of Zarit Burden Interview in psychiatric caregivers. *Journal of Mental Health of Thailand.* 2015;23:12-24. [in Thai]
  - Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health-related functions of social support. *J Behav Med.* 1981;4:381-406.
  - Lueboonthavatchai P, Lueboonthavatchai O. Quality of life and correlated health status and social support of schizophrenic patients' caregivers. *J Med Assoc Thai.* 2006;89 Suppl 3:S13-9.
  - Pattanaphesaj J. (2014) Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population. (Doctoral dissertation). Mahidol University, Bangkok, Thailand. [Cited 2019 February 28]. Available from: [https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2016/11/EQ5D\\_thesis\\_final-copy.compressed.pdf](https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2016/11/EQ5D_thesis_final-copy.compressed.pdf)
  - Esezobor CI, Solarin AU, Olagunju AT. Significant burden and psychological distress among caregivers of children with nephrotic syndrome: a cross-sectional study. *Can J Kid-*

- ney Health Dis. 2020;7:2054358119898016.
26. Wang V, Vilme H, Maciejewski ML, Boulware LE. The economic burden of chronic kidney disease and end-stage renal disease. *Semin Nephrol.* 2016;36:319-30.
  27. Zelmer JL. The economic burden of end-stage renal disease in Canada. *Kidney Int.* 2007;72:1122-9.
  28. Suja A, Anju R, Anju V, Neethu J, Peeyush P, Saraswathy R. Economic evaluation of end stage renal disease patients undergoing hemodialysis. *J Pharm Bioallied Sci.* 2012;4:107-11.
  29. Hou D, Chen YX, He D, Zhang X, Fan X. The relationship between caregiver reactions and psychological distress in family caregivers of patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2020;35:234-42.
  30. Xu L, Xu T, Tan W, Yan B, Wang D, Li H, et al. Household economic burden and outcomes of patients with schizophrenia after being unlocked and treated in rural China. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019;29:e81.
  31. Cohen SA, Cook S, Kelley L, Sando T, Bell AE. Psychosocial factors of caregiver burden in child caregivers: results from the new national study of caregiving. *Health Qual Life Outcomes.* 2015;13:1-6.
  32. Arab M, Bernstein C, Haghshenas A, Ranjbar H. Factors associated with caregiver burden for mothers of children undergoing Acute Lymphocytic Leukemia (ALL) treatment. *Palliat Support Care.* 2020;18:405-12.
  33. Padierna A, Martín J, Aguirre U, González N, Muñoz P, Quintana JM. Burden of caregiving amongst family caregivers of patients with eating disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013;48:151-61.
  34. Pars H, Soyer T. Home Gastrostomy Feeding Education Program: Effects on the Caregiving Burden, Knowledge, and Anxiety Level of Mothers. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2020;44:1029-37.
  35. Frias CE, Garcia-Pascual M, Montoro M, Ribas N, Risco E, Zabalegui A. Effectiveness of a psychoeducational intervention for caregivers of people with dementia with regard to burden, anxiety and depression: A systematic Review. *J Adv Nurs.* 2020;76:787-802.
  36. Gilhooly KJ, Gilhooly ML, Sullivan MP, McIntyre A, Wilson L, Harding E, et al. A meta-review of stress, coping and interventions in dementia and dementia caregiving. *BMC Geriatr.* 2016;16:106.

## Prevalence of caregiver burden among caregivers of end-stage renal disease patients and the associating factors: A cross-sectional study in a chronic kidney disease clinic in Muang District, Lamphun Province, Thailand

Promsakun K<sup>1</sup> and Yingchankul N

<sup>1</sup>Lamphun Hospital, <sup>2</sup>Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

**Objectives** To study the prevalence of and factors related to caregiver burden amongst caregivers of end-stage renal disease patients.

**Methods** A cross-sectional study was conducted in which data was collected from July 2019 to December 2019 from a total of 152 caregivers aged 18 years and over recruited into this study. Paid caregivers were excluded. The data collected included patient factors, caregiver factors, social support assessment, the Thai version of the Zarit Burden Interview for assessing caregiver burden along with the EQ-5D-5L questionnaire for assessing quality of life. .

**Results** The prevalence of caregiver burden in cases of end-stage renal disease was 18.42%. Factors associated with caregiver burden included single or divorced status, inadequate income, owing money, need for more information and knowledge in caring for patients, low social support, and low quality of life ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion** Caregiver burden screening should be done for individuals providing end-stage chronic kidney disease care including their need for additional information on patient care as well as their economic and social situation. It is important that caregivers be screened as well as supervised.

**Chiang Mai Medical Journal 2021;60(1):41-52. doi 10.12982/CMUMEDJ.2021.04**

**Keywords:** prevalence, factor, caregiver burden, caregiver, renal disease, end-stage,