

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

บุญณิสรา อินไทย, พิชชา เครือแปง, ญาณิ โชคสมงาม และ นลินี ยิ่งชาญกุล

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วัตถุประสงค์ ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

วิธีการ ศึกษาแบบตัดขวางโดยใช้แบบสอบถามในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดเตียง แบบประเมิน Zarit Burden Interview (ZBI) แบบประเมิน Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) และแบบประเมิน Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลโดยใช้การวิเคราะห์ Multivariable logistic regression

ผลการศึกษา ผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดเตียงทั้งหมดจำนวน 136 คู่ ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลร้อยละ 80.15 จากผู้ดูแลทั้งหมด แบ่งเป็นระดับน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 38.24 ระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 38.97 ระดับรุนแรงร้อยละ 2.94 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล 34.65 ± 15.51 คะแนน ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากขึ้น 8.87 เท่า (95%CI = 1.32 - 59.52, $p=0.02$) และอีกปัจจัยที่เข้าใกล้การมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การที่ผู้ป่วยที่ติดเตียงด้วยสาเหตุจากโรคทางระบบประสาทและสมอง สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากขึ้น 5.21 เท่า (95%CI = 0.94 - 28.78, $p = 0.05$)

สรุป ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเป็นภาวะที่พบได้บ่อย และสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีของผู้ดูแล โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียงจากโรคทางระบบประสาทและสมอง ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญในการคัดกรองความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลและคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ **เชียงใหม่เวชสาร 2564; 60(3):383-94. doi: 10.12982/CMUMEDJ.2021.34**

คำสำคัญ: ความรู้สึกเป็นภาระ คุณภาพการนอนหลับ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ติดเตียง โรคทางระบบประสาทและสมอง

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า

ติดต่อเกี่ยวกับบทความ: นลินี ยิ่งชาญกุล, พบ., ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200, ประเทศไทย
อีเมล: nalineey@hotmail.com



วันรับเรื่อง 16 พฤศจิกายน 2563, **วันส่งแก้ไข** 3 มีนาคม 2564, **วันยอมรับการตีพิมพ์** 22 เมษายน 2564

ร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมดถือว่าประเทศนั้นได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (1) สำหรับประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและมีแนวโน้มสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติการสำรวจประชากรผู้สูงอายุ ณ วันที่ 31 ธันวาคม ปี พ.ศ. 2561 ระบุว่า มีผู้สูงอายุร้อยละ 16.06 ของจำนวนประชากรทั่วประเทศ และคาดว่าในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20 (2) สำหรับจังหวัดเชียงใหม่ มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 17.96 มากเป็นอันดับ 3 ของประเทศไทย (3) รองจากกรุงเทพมหานครและนครราชสีมา (2) ในจำนวนนี้มีกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 91.7 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 7.02 และติดเตียง ร้อยละ 1.14 พื้นที่อำเภอสันป่าตองเป็นพื้นที่ที่มีความชุกผู้สูงอายุติดเตียงมากที่สุด ในจังหวัดเชียงใหม่ถึงร้อยละ 1.65 (3) การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การเงิน และปัญหาสุขภาพจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ จากสถิติพบว่าผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปี มีภาวะพิการและทุพพลภาพจากโรคต่าง ๆ ร้อยละ 20.1 เช่น สมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง โรคกระดูกและข้อ หรือสาเหตุอื่น ๆ (4,5) โดยร้อยละ 1.5 ของผู้สูงอายุเหล่านี้อยู่ในภาวะติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ (2) ต้องพึ่งพาผู้ดูแลเพื่อช่วยเหลือในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเตียง (6,7)

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือทางด้านกิจกรรมต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วย อาจเป็นสมาชิกในครอบครัว หรือไม่ใช้คนในครอบครัวก็ได้ (8-10) สำหรับประเทศไทยพบว่าผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือมีความผูกพันทางเครือญาติกับผู้ป่วย (11) บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลในระยะยาวสามารถส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลได้ บางครั้งนำมาซึ่งความทุกข์ อ่อนเพลีย เครียด วิตก

กังวล และภาวะซึมเศร้า ซึ่งเรียกว่าความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล (caregiver burden) (9, 12-16) หากไม่ได้รับการจัดการอาจทำให้ผู้ดูแลหมดไฟที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป (caregiver burnout) ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลลดลง หรือถูกละเลยได้ (15,16) การศึกษาความชุกของความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้สูงอายุทั่วไปในประเทศไทยพบได้ถึงร้อยละ 48 แต่การศึกษาในต่างประเทศพบความชุกของความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 84.6 (17) และเพิ่มมากขึ้นในผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะต้องการการพึ่งพามาก (12,18)

โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้สูงอายุจากการศึกษาก่อนหน้านี้ พบมีหลายปัจจัย เช่น ผู้สูงอายุที่ป่วยอยู่ในสภาวะพึ่งพามาก ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน ใช้เวลาดูแลผู้ป่วยหลายชั่วโมงต่อวัน ดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียวโดยไม่มีคนมาช่วยสับเปลี่ยนสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยที่ไม่ดี สถานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเวลากลางคืน ขาดการช่วยเหลือทางสังคม มีภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล ปัจจัยเหล่านี้จะสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในดูแลที่มากขึ้น (12,14,16) นอกจากนี้ปัญหการนอนหลับของผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นอีกปัญหาที่พบได้บ่อย มีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นสมองเสื่อมอัลไซเมอร์มีปัญหาคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี มีจำนวนชั่วโมงการนอนหลับน้อย ประสิทธิภาพการนอนหลับไม่ดี ตื่นบ่อย และมีระยะเวลาก่อนหลับที่นานขึ้น (18-21) การนอนหลับไม่ดียังเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เช่น น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น น้ำหนักขึ้น โรคทางระบบหลอดเลือด ความสามารถตัดสินใจ การรับรู้และสมาธิลดลง บางรายมีปัญหาซึมเศร้าและวิตกกังวลร่วมด้วย (14,19) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล (22,23) ในต่าง

ประเทศมีการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลและคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระมากขึ้นจะพบคุณภาพการนอนหลับที่แย่ลง (13, 24-26)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเรื่องคุณภาพการนอนหลับกับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ดังนั้นผู้ทำวิจัยจึงสนใจและเล็งเห็นถึงความสำคัญของการศึกษาปัญหาดังกล่าว โดยวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ต้องการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เพื่อป้องกันการเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดเตียงได้ต่อไป

วิธีการ

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ซึ่งผ่านการการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ (เลขที่โครงการวิจัย 019/2562) ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563

กลุ่มประชากร

กลุ่มประชากรคือ ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุติดเตียง ในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยผู้สูงอายุติดเตียง มีอายุ ≥ 60 ปี และมีคะแนนการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living; ADL) 0-4 โดยมี

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ดูแลมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป อ่านออกเขียนได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่กำลังรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ดูแลที่มีปัญหาทางจิตเวชที่กำเริบ หรือมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตร Infinite population proportion ใช้ค่าความชุกของความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลในผู้ป่วยสูงอายุ เท่ากับร้อยละ 48 (12) ค่าระดับความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.1 กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยน้อยอย่างน้อย 96 คน

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล

แบบสอบถาม มีทั้งหมด 5 ส่วนคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล 2) แบบสอบถามข้อมูลผู้สูงอายุติดเตียง 3) แบบสอบถามประเมินคุณภาพการนอนหลับฉบับภาษาไทย (Pittsburgh sleep quality index; PSQI) มีข้อคำถาม 9 ข้อ คะแนนเต็ม 21 คะแนน การแปลผล คะแนนรวม > 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับโดยรวมไม่ดี (27) 4) แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล (Zarit Burden Interview; ZBI) ฉบับภาษาไทย มีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ คะแนนเต็ม 88 คะแนน โดยคะแนน 0-20 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาระในการดูแล คะแนน > 20 คะแนน หมายถึงมีภาระในการดูแล แบ่งได้เป็น 21-40 คะแนน หมายถึงเป็นภาระน้อยถึงปานกลาง 41-60 คะแนน หมายถึง เป็นภาระปานกลางถึงรุนแรง 61-88 คะแนน หมายถึงเป็นภาระรุนแรง (28) และ 5) แบบวัดประเมินความซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire-9; PHQ-9) (29) มีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ คะแนนเต็ม 27 คะแนน โดยผู้ที่มีคะแนนรวม ≥ 9 ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า

การวิเคราะห์ทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรม Stata version 16.0 นำเสนอข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนาด้วยค่าความถี่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอความแตกต่างของข้อมูลสองกลุ่มโดยใช้ Independent t-test, Pearson's chi-squared test และ Fisher's exact test กำหนดให้ค่า $p < 0.05$ ถือเป็นค่าที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยที่มีความแตกต่างกันในสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะนำไปคำนวณค่าขนาดอิทธิพลที่ส่งผลต่อการมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล โดยใช้ multivariable logistic regression analysis

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

ผู้ดูแลทั้งหมดจำนวน 136 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.79 อายุของผู้ดูแลเฉลี่ย 50.67 ± 8.63 ปี มีสถานภาพสมรสร้อยละ 79.85 ประกอบอาชีพร้อยละ 79.85 โดยมีครึ่งหนึ่งทำอาชีพรับจ้าง ผู้ดูแลมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน $6,005.60 \pm 4,785.67$ บาท มีโรคประจำตัวร้อยละ 19.12 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตรหลานร้อยละ 84.56 ดังแสดงในตารางที่ 1

ผู้ดูแลมีระยะเวลาดูแลเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วย 2.40 ± 2.15 ปี จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน 10.47 ± 4.09 ชั่วโมง อาศัยกับผู้ป่วยในเวลากลางคืนร้อยละ 94.81 มีผู้ดูแลที่ไม่มีคนพลัดเปลี่ยนร้อยละ 58.52 และได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากบุคคลอื่นในครอบครัวร้อยละ 86.67 พบความชุกของผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระร้อยละ 80.15 แบ่งเป็นระดับน้อยถึงปานกลางร้อยละ

38.24 ระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 38.97 ระดับรุนแรงร้อยละ 2.94 และไม่พบความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลร้อยละ 19.85 ค่าเฉลี่ยคะแนน ZBI score 34.65 ± 15.51 ความชุกของผู้ดูแลที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีร้อยละ 93.28 ค่าเฉลี่ยคะแนน PSQI score 8.02 ± 1.84 คะแนน ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17.04 ค่าเฉลี่ยคะแนน PHQ-9 score อยู่ที่ 6.07 ± 3.11 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 2

ผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 136 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.82 อายุเฉลี่ย 73.97 ± 8.46 ปี ค่าเฉลี่ยคะแนนการดำเนินกิจวัตรประจำวัน 2.98 ± 1.15 ระยะเวลาเฉลี่ยที่นอนติดเตียง 2.41 ± 2.25 ปี โรคที่เป็นสาเหตุของการนอนติดเตียงส่วนใหญ่คือ อัมพฤกษ์/อัมพาตร้อยละ 78.52 อุบัติเหตุทางศีรษะร้อยละ 22.96 ไม่พบผู้ป่วยสูงอายุติดเตียงจากโรคมะเร็ง ผู้ป่วยมีประวัติเคยนอนโรงพยาบาลภายใน 3 เดือน ร้อยละ 32.35 ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการทำหัตถการในแต่ละวัน มีการพลิกตัว ร้อยละ 95.59 ทำแผล ร้อยละ 22.06 การดูแลสายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 12.50 และให้อาหารทางสายยางร้อยละ 10.29 ดังแสดงในตารางที่ 3

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

ปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลแตกต่างกับผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงสุดที่สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย มีความสัมพันธ์เป็นบุตรหลานของผู้ป่วย ผู้ดูแลที่มีผู้อื่นอยู่ได้ความดูแล มีจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวันที่น้อย อาศัยกับผู้ป่วยเวลากลางคืน ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากบุคคลอื่นในครอบครัว มีภาวะซึมเศร้า และผู้ดูแลมีคุณภาพการ

ตารางที่ 1. เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ) N=136	ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล		p-value
		ไม่มี (ZBI ≤ 20) (n=27)	มี (ZBI > 20) (n=109)	
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศหญิง	99 (72.79)	23 (85.19)	76 (69.72)	0.10 ^b
อายุ (ปี), mean ± SD (missing=1)	50.67±8.63	51.92±10.31	50.35±8.19	0.40 ^a
ดัชนีมวลกาย (กก./ม ²), mean ± SD (missing=3)	21.91±2.27	22.59±2.55	21.74±2.17	0.08 ^a
สถานภาพ (missing=2)				
โสด/หย่าร้าง/หม้าย	27 (20.15)	7 (25.93)	20 (18.69)	0.40 ^b
สมรส	107 (79.85)	20 (74.07)	87 (81.31)	
ระดับการศึกษา (missing=1)				
ไม่ได้เรียนหนังสือ - มัธยมศึกษาตอนต้น	78 (57.78)	21 (77.78)	57 (52.78)	0.02 ^b
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือสูงกว่า	57 (42.22)	6 (22.22)	51 (47.22)	
มีอาชีพประจำร่วมนอกจากดูแลผู้ป่วย (missing=2)	107 (79.85)	19 (73.08)	88 (81.48)	0.38 ^b
รายได้ของผู้ดูแลต่อเดือน (บาท), mean ± SD (missing=2)	6,005.60 ± 4,785.67	6,711.53± 4,764.81	5,835.64 ± 4,794.19	0.40 ^a
รายได้ครัวเรือนต่อเดือน (บาท), mean ± SD (missing=3)	16,203.01 ± 5,387.29	15,760.00 ± 6,689.73	16,306.56 ± 5,070.28	0.65 ^a
รายจ่ายที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเดือน (บาท), mean ± SD (missing=4)	3,102.27 ± 827.36	2,940.00 ± 931.84	3,140.18 ± 801.07	0.28 ^a
มีโรคประจำตัว	26 (19.12)	4 (14.81)	22 (20.18)	0.52 ^b
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				
สามี/ภรรยา	17 (12.50)	5 (18.52)	12 (11.01)	< 0.01 ^c
บุตร/หลาน	115 (84.56)	18 (66.67)	97 (88.99)	
ญาติอื่น ๆ	4 (2.94)	4 (14.81)	0 (0)	

^aIndependent t-test, ^bPearson's chi-squared test, ^cFisher's exact test

นอนหลับที่ไม่ดี ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ดูแลมีความแตกต่างของความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ป่วยที่อายุน้อย ผู้ป่วยที่ติดเตียงจากสาเหตุโรคทางระบบประสาทและสมอง มีประวัตินอนโรงพยาบาลในระยะเวลา 3 เดือน ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย และผู้ป่วยที่ต้องได้รับการทำหัตถการ ได้แก่ การให้อาหารทางสายยาง

และการพลิกตัว ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3 จากการวิเคราะห์ด้วยวิธีการเลือกตัวแปรเข้าสู่ตัวแบบวิเคราะห์ multivariable logistic regression ด้วยวิธี backward elimination พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 1 ปัจจัย คือ คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ผู้ดูแลที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี 8.87 เท่า ($p = 0.02$)

ตารางที่ 2. เปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ) N=136	ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล		p-value
		ไม่มี (ZBI ≤ 20) (n=27)	มี (ZBI > 20) (n=109)	
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ระยะเวลาที่เริ่มดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย (ปี), mean ± SD	2.40±2.15	2.21±3.01	2.44±1.89	0.62 ^a
จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน, mean ± SD (missing=3)	10.47±4.09	12.61±6.38	9.96±3.14	< 0.01 ^a
การอาศัยกับผู้ป่วยในเวลากลางคืน (missing=1)	128 (94.81)	21 (80.77)	107 (98.17)	< 0.01 ^b
ไม่มีคนช่วยผลัดเปลี่ยนการดูแล (missing=1)	79 (58.52)	14 (53.85)	65 (59.63)	0.59 ^b
มีผู้อื่นที่อยู่ได้ความดูแล (missing=2)	50 (37.31)	5 (19.23)	45 (41.67)	0.03 ^b
ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากบุคคลอื่นใน ครอบครัว (missing=1)	117 (86.67)	18 (69.23)	99 (90.83)	< 0.01 ^b
คะแนนคุณภาพการนอนหลับเฉลี่ย (PSQI), mean ± SD (missing=2)	8.02±1.84	6.11±1.92	8.46±1.52	< 0.01 ^a
คุณภาพการนอนหลับไม่ดี (PSQI > 5)	125 (93.28)	19 (73.08)	106 (98.15)	< 0.01 ^b
คะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเฉลี่ย (PHQ-9), mean ± SD (missing=1)	6.07 ±3.11	3.14±2.21	6.80±2.87	< 0.01 ^a
มีภาวะซึมเศร้า (PHQ-9 ≥9)	23 (17.04)	0 (0.00)	23 (21.30)	< 0.01 ^b
คะแนนความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเฉลี่ย (ZBI score), mean ± SD	34.65±15.51	9.70±1.19	40.83±0.94	< 0.01 ^a

^aIndependent t-test, ^bPearson's chi-squared test

นอกจากนี้ ยังมีอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ
รู้สึกเป็นภาระในการดูแล แต่ไม่พบมีนัยสำคัญทาง
สถิติ คือ การที่ผู้ป่วยติดเตียงจากสาเหตุโรคทาง
ระบบประสาทและสมอง ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้อ
เกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากกว่า 5.21
เท่าเมื่อเทียบกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีโรคทางระบบ
ประสาทและสมอง ($p = 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์
กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูง
อายุติดเตียงในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

พบว่าผู้ดูแลมีความชุกของความรู้สึกเป็นภาระร้อยละ
80.15 ค่าเฉลี่ยคะแนน ZBI 34.65 ± 15.51 คะแนน
อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ความชุกที่สูงและค่า
เฉลี่ยคะแนน ZBI คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมา
ที่กล่าวถึงอุบัติการณ์การเกิดความรู้สึกเป็นภาระใน
การดูแลที่สูงในผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลายการศึกษาพบ
ว่าผู้ดูแลพบความผิดปกติทางจิตใจ การแยกตัวทาง
สังคม มีความเครียดส่วนตัวและความเครียดใน
ครอบครัวเพิ่มขึ้นเนื่องมาจากความตึงเครียดของ
บทบาทการดูแลผู้สูงอายุ (17,30)

จากงานวิจัยชิ้นนี้ พบว่าคุณภาพการนอนหลับที่
ไม่ดีของผู้ดูแลสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระใน
การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง พบความชุกของผู้ดูแลที่

ตารางที่ 3. เปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านผู้ป่วยและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ) N=136	ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล		p-value
		ไม่มี (ZBI ≤ 20) (n=27)	มี (ZBI > 20) (n=109)	
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศหญิง	80 (58.82)	15 (55.56)	65 (59.63)	0.70 ^b
อายุ (ปี), mean ± SD	73.98 ± 8.46	77.29 ± 10.62	73.15 ± 7.67	0.02 ^a
สถานภาพ				
โสด/หย่าร้าง/หม้าย	63 (46.32)	13 (48.15)	50 (45.87)	0.83 ^b
สมรส	73 (53.68)	14 (51.85)	59 (54.13)	
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) mean ± SD	2.98 ± 1.15	2.77 ± 1.31	3.03 ± 1.10	0.29 ^a
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยนอนติดเตียงเฉลี่ย (ปี), mean ± SD	2.41 ± 2.25	2.14 ± 3.03	2.48 ± 2.01	0.47 ^a
โรคที่เป็นสาเหตุของการนอนติดเตียง (ผู้ป่วย 1 ราย มีโรคที่เป็นสาเหตุได้หลายโรค) (missing=1)				
Neurological disorder (อัมพฤกษ์/อัมพาต, อุบัติเหตุทางศีรษะ, สมองเสื่อม/อัลไซเมอร์)	123 (91.11)	21 (77.78)	102 (94.44)	< 0.01 ^b
ผู้ป่วยที่มีประวัตินอนโรงพยาบาลในระยะเวลา 3 เดือน	44 (32.35)	4 (14.81)	40 (36.70)	0.03 ^b
โรคประจำตัวอื่นของผู้ป่วย (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน พิษสุราเรื้อรัง ภาวะลมโป่งพอง ติดเชื้อเอชไอวี ไขมันในเลือดสูง)				
ไม่มี	54 (39.71)	16 (59.26)	38 (34.86)	0.02 ^b
มี	82 (60.29)	11 (40.74)	71 (65.14)	
หัตถการที่ต้องทำในแต่ละวัน				
การให้อาหารทางสายยาง	14 (10.29)	0 (0.00)	14 (12.84)	0.04 ^b
การพลิกตัว	130 (95.59)	23 (85.19)	107 (98.17)	0.01 ^c
การดูดเสมหะผ่านทางหลอดลมคอ	1 (0.74)	0 (0.00)	1 (0.92%)	1.00 ^c
การดูแลสายสวนปัสสาวะ/สวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว	17 (12.50)	2 (7.41)	15 (13.76)	0.37 ^b
การทำแผล	30 (22.06)	6 (22.22)	24 (22.02)	0.98 ^b

^aIndependent t-test, ^bPearson's chi-squared test, ^cFisher's exact test

มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีถึงร้อยละ 93.38 ผู้ดูแลเหล่านี้จะมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากขึ้นถึง 8.87 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี เปรียบเทียบกับข้อมูลการศึกษาก่อนหน้านี้ในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคสมองเสื่อมทุก

ระยะพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 50-74 พบมีปัญหานอนไม่หลับ (18-20,31,32) เนื่องมาจากชนิดและความรุนแรงของโรคสมองเสื่อมที่แตกต่างกันส่งผลกระทบต่อการนอนหลับของผู้ดูแลที่แตกต่างกัน ทั้งการถูกรบกวนจากพฤติกรรมผู้ป่วยในตอนกลางคืน

ตารางที่ 4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยวิธี multivariable logistic regression analysis

ปัจจัย	OR (95%CI)	p-value
ปัจจัยด้านผู้ดูแล adjusted โดย อายุและเพศผู้ดูแล		
การศึกษาาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย-ปริญญาเอก	4.00 (0.90-17.80)	0.07
ชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน	0.94 (0.84-1.05)	0.30
การดูแลผู้ป่วยในเวลากลางคืน	6.21 (0.66-58.43)	0.11
มีผู้อื่นอยู่ได้ความดูแล	1.30 (0.36-4.75)	0.69
ได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากบุคคลอื่น	0.42 (0.10-1.83)	0.25
คุณภาพการนอนหลับไม่ดี	8.87 (1.32-59.52)	0.02*
ปัจจัยด้านผู้ป่วย adjusted โดย เพศผู้ป่วย		
ผู้ป่วยที่มีอายุมาก	0.96 (0.50-3.64)	0.28
ผู้ป่วยที่ติดเตียงจากสาเหตุโรคทางสมอง	5.21 (0.94-28.78)	0.05
ประวัติการนอนโรงพยาบาลภายใน 3 เดือน	2.60 (0.91-7.42)	0.07
ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอย่างอื่นร่วม	1.64 (0.60-4.50)	0.33
ผู้ป่วยที่ต้องการพลิกตัว	4.11 (0.61-27.86)	0.15

*มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

(19) หรือภาระงานจากการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยทั่วไป สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่ำ ผู้ดูแลจะมีความเครียด วิตกกังวล และมีความรู้สึกเป็นภาระมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาการนอนตามมา (15, 33-35) มีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลระดับปานกลางถึงรุนแรงและคะแนนเพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับคะแนนความผิดปกติของการนอนหลับที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (25,26) เช่นเดียวกับงานวิจัยในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคพาร์กินสันก็พบว่าคะแนนความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลที่เพิ่มขึ้นจะสัมพันธ์กับคุณภาพนอนหลับที่แย่ลงเช่นกัน (24)

นอกจากเรื่องการนอนหลับ การศึกษานี้ยังพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่ติดเตียงจากโรคทางระบบประสาทและสมองเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลเพิ่มขึ้น 5.21 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีโรคทางระบบประสาทและสมองแต่ไม่พบการมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงจากโรคทางระบบประสาทและสมองมีความรู้สึกเป็นภาระร้อยละ 94.44 โดยมีค่าความชุกใกล้เคียงกับการศึกษาความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลจากการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมและโรคหลอดเลือดสมองมีความชุกของความรู้สึกเป็นภาระร้อยละ 90.3 และร้อยละ 87.5 ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยคะแนน ZBI 37.60 ± 15.44 และ 38.18 ± 14.57 คะแนน ตามลำดับ (36,37) ความชุกของการเกิดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงจากโรคทางระบบประสาทและสมองจึงมากกว่าการดูแลผู้สูงอายุทั่วไป (12) เนื่องจาก

ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทและสมองมีการรับรู้ต่ำจากการทำงานของสมองเสื่อมถอยลง ผู้ดูแลต้องมีการะในการดูแลมากขึ้น เช่น การพลิกตัว การให้อาหารทางสายยาง นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายยังมีความผิดปกติทางพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ ทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลเอาใจใส่มากขึ้นจึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่ติดเตียงจากความพิการทางร่างกายเพียงอย่างเดียว (38,39)

การศึกษานี้มีข้อเด่นคือ 1) เป็นการศึกษาความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลและคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงซึ่งในประเทศไทยยังมีข้อมูลจำกัด 2) สํารวจข้อมูลในชุมชนชนบทภาคเหนือของประเทศไทยโดยได้ข้อมูลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยตรง อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัด ได้แก่ 1) เป็นการศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวางไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยต่าง ๆ และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลได้ 2) อาจมีอคติจากการตอบแบบสอบถามจากความทรงจำหรือความเข้าใจข้อคำถามคลาดเคลื่อนของผู้ตอบ 3) การศึกษาทำในบริบทของอำเภอสันป่าตองซึ่งอาจแตกต่างไปจากชุมชนอื่น ดังนั้นผลความสัมพันธ์นี้อาจไม่สามารถนำไปใช้ได้กับบริบทอื่นได้ การศึกษาในอนาคตควรเพิ่มการศึกษาในพื้นที่ที่มีวัฒนธรรมและบริบทที่แตกต่างกันไป

สรุป

ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงพบได้บ่อยและสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีของผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงจากสาเหตุโรคทางระบบประสาทและสมอง ดังนั้น ควรให้ความสำคัญในการคัดกรองความรู้สึกเป็นภาระและคุณภาพการนอนหลับของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Department of older person of Thailand. Document personnel Thai 2015. [cited 2021 Jan 5]. Available from: http://www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge_th_20160106135752_1.pdf
2. Department of older person of Thailand. Older statistics. 2020. [cited 2021 Jan 5]. Available from: <http://www.dop.go.th/en/know/2/67>.
3. Chiang Mai Provincial Public Health Office. Provincial government report form. 2016. [cited 2021 Jan 5]. Available from: https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/160801147005483435.doc
4. Yoshida D, Ninomiya T, Doi Y, Hata J, Fukuhara M, Ikeda F, et al. Prevalence and causes of functional disability in an elderly general population of Japanese: the Hisayama study. *J Epidemiol.* 2012;22:222-9.
5. Agüero-Torres H, Fratiglioni L, Guo Z, Viitanen M, von Strauss E, Winblad B. Dementia is the major cause of functional dependence in the elderly: 3-year follow-up data from a population-based study. *Am J Public Health.* 1998;88:1452-6.
6. Lui SK, Nguyen MH. Elderly stroke rehabilitation: overcoming the complications and its associated challenges. *Curr Gerontol Geriatr Res.* 2018;2018:9853837.
7. Martins AS, Rezende NA, Torres HO. Occurrence of complications and survival rates in elderly with neurological disorders undergoing enteral nutrition therapy. *Rev Assoc Med Bras.* 2012;58:691-7.
8. Reinhard SC, Given B, Petlick NH, Bemis A. Supporting family caregivers in providing care. In: Hughes RG, editor. Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008. p. 341-404.
9. Schulz R, Tompkin CA. Informal caregivers in the United States: prevalence, caregiver characteristics, and ability to provide care. The role of human factors in home health care: National Academies Press (US); 2010.
10. Schulz R, Eden J, National Academies of Sciences E, Medicine. Family caregiving roles and

- impacts. Families caring for an aging America: National Academies Press (US); 2016.
11. Rittiar K. Concept of family caregiving (Part I) [cited 2021 Jan 22]. Available from: <https://www.gotoknow.org/posts/121180>.
 12. Limpawattana P, Theeranut A, Chindaprasit J, Sawanyawisuth K, Pimporn J. Caregivers burden of older adults with chronic illnesses in the community: a cross-sectional study. *J Community Health*. 2013;38:40-5.
 13. Simón MA, Bueno AM, Otero P, Blanco V, Vázquez FL. Caregiver burden and sleep quality in dependent people's family caregivers. *J Clin Med*. 2019;8(7):1072.
 14. Joling KJ, van Marwijk HW, Veldhuijzen AE, van der Horst HE, Scheltens P, Smit F, et al. The two-year incidence of depression and anxiety disorders in spousal caregivers of persons with dementia: who is at the greatest risk?. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2015;23:293-303.
 15. Ogunlana MO, Dada OO, Oyewo OS, Odole AC, Ogunsan MO. Quality of life and burden of informal caregivers of stroke survivors. *Hong Kong Physiotherapy Journal*. 2014;32:6-12.
 16. Roth DL, Perkins M, Wadley VG, Temple EM, Haley WE. Family caregiving and emotional strain: associations with quality of life in a large national sample of middle-aged and older adults. *Qual Life Res*. 2009;18:679-88.
 17. Loureiro LdSN, Fernandes MdGM, Marques S, Nobrega MMLd, Rodrigues RAP. Burden in family caregivers of the elderly: prevalence and association with characteristics of the elderly and the caregivers. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47:1129-36.
 18. Peng HL, Chang YP. Sleep disturbance in family caregivers of individuals with dementia: a review of the literature. *Perspect Psychiatr Care*. 2013;49:135-46.
 19. Liu S, Li C, Shi Z, Wang X, Zhou Y, Liu S, et al. Caregiver burden and prevalence of depression, anxiety and sleep disturbances in Alzheimer's disease caregivers in China. *J Clin Nurs*. 2017;26:1291-300.
 20. Peng HL, Lorenz RA, Chang YP. Factors associated with sleep in family caregivers of individuals with dementia. *Perspect Psychiatr Care*. 2018;55:95-102.
 21. Rowe MA, McCrae CS, Campbell JM, Benito AP, Cheng J. Sleep pattern differences between older adult dementia caregivers and older adult noncaregivers using objective and subjective measures. *J Clin Sleep Med*. 2008;4:362-9.
 22. Lee DR, Thomas AJ. Sleep in dementia and caregiving—assessment and treatment implications: a review. *Int Psychogeriatr*. 2011;23:190-201.
 23. Institute of Medicine Committee on Sleep M, Research. The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health. In: Colten HR, Altevogt BM, editors. Sleep disorders and sleep deprivation: an unmet public health problem. Washington (DC): National Academies Press; 2006. p. 151-4.
 24. Happe S, Berger K, Investigators FS. The association between caregiver burden and sleep disturbances in partners of patients with Parkinson's disease. *Age Ageing*. 2002;31:349-54.
 25. Okuda S, Tetsuka J, Takahashi K, Toda Y, Kubo T, Tokita S. Association between sleep disturbance in Alzheimer's disease patients and burden on and health status of their caregivers. *J Neurol*. 2019;266:1490-500.
 26. McKibbin CL, Ancoli-Israel S, Dimsdale J, Archuleta C, von Kanel R, Mills P, et al. Sleep in spousal caregivers of people with Alzheimer's disease. *Sleep*. 2005;28:1245-50.
 27. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 1989;28:193-213.
 28. Toonsiri C, Sunsern R, Lawang W. Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. *J Nurs Educ*. 2011;4:62-75.
 29. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*. 2008;8:1-7.
 30. Fernandes MdGM, Garcia TR. Tension attributes of the family caregiver of frail older

- adults. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43:818-24.
31. Kim SS, Oh KM, Richards K. Sleep disturbance, nocturnal agitation behaviors, and medical comorbidity in older adults with dementia: relationship to reported caregiver burden. *Res Gerontol Nurs*. 2014;7:206-14.
32. McCurry SM, Logsdon RG, Teri L, Vitiello MV. Sleep disturbances in caregivers of persons with dementia: contributing factors and treatment implications. *Sleep Med Rev*. 2007;11:143-53.
33. Bhattacharjee M, Vairale J, Gawali K, Dalal PM. Factors affecting burden on caregivers of stroke survivors: Population-based study in Mumbai (India). *Ann Indian Acad Neurol*. 2012;15:113-9.
34. Bekdemir A, Ilhan N. Predictors of caregiver burden in caregivers of bedridden patients. *J Nurs Res*. 2019;27:e24.
35. Li H, Zhang H, Huang H, Wang Y, Huang H. Caring burden and associated factors of care providers for senile dementia patients in an urban-rural fringe of Fuzhou City, China. *Aging Clin Exp Res*. 2012;24:707-13.
36. Karlkaya G, Yukse G, Varlibas F, Tireli H. Caregiver burden in dementia: A study in the Turkish population. *The Internet Journal of Neurology*. 2005;4:12-26.
37. Hanh PT, Jullamate P, Piphatvanitcha N. Factors related to caregiver burden among family caregivers of older adults with stroke in Hai duong, Vietnam. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2017;4:45-62.
38. Sittironnarit G. Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD): concept and treatment. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2011;56:499-62.
39. Razali R, Ahmad F, Rahman FN, Midin M, Sidi H. Burden of care among caregivers of patients with Parkinson disease: a cross-sectional study. *Clin Neurol Neurosurg*. 2011;113:639-43.

Prevalence and factors associated with caregiver burden in caregivers of elderly dependents in San Pa Tong District, Chiang Mai

Inthai P, Khruapaeng P, Choksomngam Y and Yingchankul N

Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, Chiang Mai

Objectives To study the prevalence of and factors associated with caregiver burden in caregivers of elderly dependents.

Methods A cross-sectional study was conducted using questionnaires to collect data from caregivers of elderly dependents [age ≥ 60] in San Pa Tong District, Chiang Mai, Thailand between February-July 2020. The questionnaires included general demographic data of the caregivers and their elderly dependents plus the Zarit Burden Inventory (ZBI), the Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) and the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Multivariable logistic regression analysis was used to examine the association between factors and caregiver burden.

Results A total of 136 pairs of caregivers and their dependent elderly patients were included in the study. The prevalence of caregiver burden was 80.15%, divided into low to moderate (38.24%), moderate to severe (38.97%) and severe (2.94%). The Mean ZBI score was 34.65 ± 15.51 . There was a statistically significant association between poor sleep quality of the caregivers and caregiver burden. Caregivers with poor sleep quality were 8.87 times more likely to have caregiver burden than caregivers with good sleep quality (95%CI = 1.32 - 59.52, $p = 0.02$). In addition, caretakers of patients whose dependence was due to neurological disease were 5.21 times more likely to have caregiver burden than those of patients without neurological disease. The difference approached statistical significance (95%CI = 0.94 - 28.78, $p = 0.05$).

Conclusions Caregiver burden in caregivers of dependent elderly patients is common and is significantly associated with poor sleep quality in caregivers, particularly where the cause of dependence is neurological. Screening for caregiver burden and sleep quality should be performed for caregivers of elderly dependents. *Chiang Mai Medical Journal* 2021;60(3):383-94. doi: 10.12982/CMUMEDJ.2021.34

Keywords: caregiver, burden, sleep quality, elderly, dependent, neurological disease