



ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย
Mental health problems among caregivers of the elderly with chronic
diseases, Chiang Rai Province

จุฑามาศ เมืองมูล, พิณภูษิณีย์ จิตคำ, อนุสราร บุญจิตร, เนตรา สมกำลิ่ง,
พัชรินทร์ วินยางค์กุล, วัชรพงษ์ เรือนคำ*

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย เชียงราย 57100

Jutamas Muangmool, Pinatthinee Jitkham, Anursara Boonjit, Nattrra Somkamlang,

Phatcharin Winyangkul, Watcharapong Ruankham*

Faculty of Public Health, Chiang Rai Rajabhat University, Chiang Rai 57100

*Corresponding authors, e-mail: Watcharapong_r@crju.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 400 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบประเมินความเครียด แบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมีนาคมถึงเดือนตุลาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวนและร้อยละ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้การวิเคราะห์ไคร์สแควร์ ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.5 อายุเฉลี่ย 45.2 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 49.0 มีการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 37.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 65.5 มีรายได้พอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 53.0 มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ร้อยละ 77.7 ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เป็นพ่อหรือแม่ ร้อยละ 47.0 มีความเครียดระดับน้อย ร้อยละ 50.2 มีความวิตกกังวลระดับต่ำ ร้อยละ 54.5 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 32.5 สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตทั้งสามด้าน (ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($\chi^2 = 17.634$ p-value = 0.001, $\chi^2 = 9.234$ p-value = 0.029, และ $\chi^2 = 12.594$ p-value = 0.001) ส่วนความเพียงพอของรายได้และความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความเครียดที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($\chi^2 = 9.372$ p-value = 0.030, และ $\chi^2 = 8.919$ p-value = 0.038) จากศึกษาครั้งนี้พบว่าสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ยังเป็นปัญหาทั้งความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง หน่วยงานภาครัฐ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเรื่องสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

คำสำคัญ: ปัญหาสุขภาพจิต ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง



Abstract

This research aims to study the mental health problems and factors related to the mental health problems of caregivers for elderly with chronic diseases in Chiang Rai province. The sample group consists of 400 caregivers of elderly with chronic diseases. The research tools used include personal factor questionnaires, stress assessment forms, anxiety assessment forms, and depression assessment forms. Data was collected from March to October 2022 and analyzed using statistical analysis, including frequencies and percentages. Factors related to mental health issues were analyzed using Chi-square analysis at a significance level of .05.

The research results show that the majority of the sample group is female (74.5%), with an average age of 45.2 years. Most fall within the 40-49 age range (49.0%), and an education at the high school level (37.0%). About 65.5% are married, and 53.0% have sufficient income but no savings. Furthermore, 77.7% have good family relationships, and 47.0% care for an elderly relative who is either parents. Approximately 50.2% experience low levels of stress, 54.5% have low levels of anxiety, and 32.5% have low levels of depression. Regarding the analysis of relationships, it was found that gender is significantly related to all three aspects of mental health (stress, anxiety, and depression) at a significance level of 0.05 ($\chi^2 = 17.634$ p-value = 0.001, $\chi^2 = 9.234$ p-value = 0.029, and $\chi^2 = 12.594$ p-value = 0.001). Income sufficiency and family relationships are also significantly related to stress at a significance level of 0.05 ($\chi^2 = 9.372$ p-value = 0.030, and $\chi^2 = 8.919$ p-value = 0.038).

From this study, it is evident that the mental health of caregivers for elderly with chronic diseases is a significant issue, encompassing stress, anxiety, and depression. Public sector organizations, such as local health promotion hospitals and community health volunteers, must play a role in addressing the mental health of caregivers for elderly with chronic diseases.

Keywords: mental health problems, elderly caregiver, elderly with chronic diseases



บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกในรอบทศวรรษนี้ ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์เกือบทั้งหมด ประเทศกำลังพัฒนามีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากอัตราเกิดลดต่ำลงและผู้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น ประชากรโลกกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2564 มีประชากรทั้งหมด 7,875 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ และในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.1 ล้านคน เป็นประชากรสูงอายุจำนวน 12.7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.2 ของประชากรทั้งหมด⁽²⁾ ผู้สูงอายุ เป็นวัยที่เข้าสู่อายุการเปลี่ยนแปลง โดยการเปลี่ยนแปลงหลัก ๆ มี 3 ด้าน คือ 1) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ระบบต่าง ๆ ทำงานได้ลดลง ส่งผลให้ร่างกายเสื่อมถอยลง 2) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ที่พบได้บ่อยในวัยสูงอายุ เช่น การรับรู้ ผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเอง การแสดงออกทางอารมณ์ อาจจะมีอาการซึมเศร้า หงุดหงิด ชี้อารมณ์วิตกกังวล โกรธง่าย เอาแต่ใจตนเอง มักจะคิดซ้ำซาก ลังเล หวาดระแวง หมกมุ่นเรื่องของตนเองทั้งเรื่องในอดีตและอนาคต 3) การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม ได้แก่ ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมที่ลดน้อยลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุห่างจากสังคม อีกทั้งคนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพและความสามารถลดน้อยลง จึงไม่ให้ความสำคัญหรือใส่ใจมากนัก อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวของผู้สูงอายุทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย ส่งผลเสียต่อสุขภาพกายที่มีความเสื่อมตามอายุขัย โดยผู้สูงอายุถึง 2 ใน 3 มักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและหากปรับตัวไม่ได้หรือไม่สามารถดูแลตัวเองได้ดี ก็ทำให้อาการกำเริบ การรักษาไม่ได้ผล เกิดความเจ็บป่วยรุนแรง พิการหรือเสียชีวิตได้⁽³⁾ โรคเรื้อรัง (Chronic disease) หมายถึง โรคที่เป็นแล้วจะมีอาการหรือการรักษาติดต่อกันนาน ต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานาน และต่อเนื่องอย่างซ้ำ ๆ⁽⁴⁾ โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ในกลุ่มโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน (BMI≥25 กก./ตร.ม.) โรคเรื้อรังที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นภาวะที่พบประมาณหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุสูงอายุ รองลงมา คือ โรคเกาต์ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในปี 2565 รายงานของกระทรวงสาธารณสุข ในระบบ Health Data Center มีข้อมูลผู้สูงอายุในระบบ 9,527,054 คน พบผู้สูงอายุได้รับการประเมินและคัดกรองสุขภาพ 7,501,688 คน หรือร้อยละ 78.74 ซึ่งปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันดับ 1 คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 46.06 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 21.12 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.43⁽⁵⁾

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นคนในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง) เป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่บ้านเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ได้แก่ การเฝ้าติดตามอาการ การจัดการอาการ การดูแลทางด้านร่างกายและดูแลสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ตลอดจนการเตรียมด้านค่าใช้จ่ายต่าง ๆ สำหรับการดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด ขาดรายได้ ความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายต่าง ๆ ที่เป็นผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความทุกข์ เหนื่อยล้า ท้อแท้ โดยเฉพาะการดูแลที่เกี่ยวข้องกับความตายหรือการสูญเสียของบุคคลอันเป็นที่รักที่จะเกิดขึ้นซึ่งผลกระทบที่กล่าวมาเป็นสาเหตุหลักที่กระตุ้นให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต (Mental health problems) และความรู้สึกภาระในการดูแล (Care burden) ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้⁽⁶⁾

สุขภาพจิตเป็นสภาวะทางจิตใจของบุคคล ซึ่งโดยธรรมชาติภาวะทางจิตใจมีการปรับเปลี่ยนแปลงตามสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวของผู้นั้น ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ซึ่งมีการพัฒนาการไปอย่างไม่หยุดยั้ง สุขภาพจิตของคนเราจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนแปลงตาม การให้การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นช่วงเวลาที่ต้องเผชิญกับความตึงเครียดและกดดันหลาย ๆ อย่างในชีวิต จนเป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ จากการรายงานพบว่า ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีประสบการณ์ของปัญหาด้านอารมณ์ (Mood problems) เช่น ภาวะซึมเศร้า (Depression) วิตกกังวล (Anxiety) และเหนื่อยล้า (Fatigue)⁽⁷⁾ และพบว่าผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุไทยในระยะประคับประคองมีภาวะเครียดในระดับปานกลางถึงสูงต่อความรู้สึกภาระในการดูแล ซึ่งในการให้การดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองและสุดท้าย ผู้ดูแลหลักและครอบครัวส่วนใหญ่มักถูกละเลยในการประเมินสภาพจิตใจ เมื่อผู้ดูแลไม่ได้รับการบำบัดรักษาทางจิตใจอย่างถูกต้องย่อมส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุลดลง⁽⁸⁾ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อีกทั้งเป็นข้อมูลสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้สูงอายุและบุคลากรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องใช้ในการวางแผนป้องกันแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมไปถึงการปรับใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาสุขภาพจิต (ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษารั้งนี้เป็นการวิจัยแบบวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ศึกษาระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565

ประชากร ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย หมายถึง คนในครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง หรือเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง



กลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ ไม่ทราบจำนวนประชากรที่ศึกษา (Infinite population) ผู้วิจัยใช้สูตรในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง⁽⁹⁾ ดังนี้

$$n = (Z_c \sigma / e_m)^2$$

เมื่อ n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

Z_c คือ ระดับความมั่นใจที่กำหนดหรือระดับนัยสำคัญทางสถิติ โดยการวิจัยครั้งนี้กำหนดที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($Z_c = 1.96$)

e_m คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (การวิจัยครั้งนี้กำหนดความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 1/10 ของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร) ($e_m = \sigma/10$)

σ คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากร

แทนค่าลงในสูตรได้กลุ่มตัวอย่าง 384 คน (เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมศึกษาได้ตามกำหนด (Attribution rate) ร้อยละ 4 จึงเก็บตัวอย่างจำนวน 400 คน)

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จากรายชื่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง) โดยใช้ข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ จากนั้นเชื่อมโยงไปหาผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว (ผู้ดูแลหลัก) โดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยเรียงลำดับดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มเขตพื้นที่ (Area cluster sampling) โดยแบ่งเขตพื้นที่จังหวัดเชียงราย ออกเป็น 4 เขต (รวม 18 อำเภอ) ตามการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ดังนี้ เขตที่ 1 มี 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอแม่ลาว อำเภอเวียงชัย อำเภอเวียงเชียงรุ้ง เขตที่ 2 มี 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเชียงของ อำเภอพญาเม็งราย อำเภอเวียงแก่น อำเภอขุนตาล เขตที่ 3 มี 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเทิง อำเภอพาน อำเภอป่าแดด อำเภอแม่สรวย อำเภอเวียงป่าเป้า และเขตที่ 4 มี 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอแม่จัน อำเภอเชียงแสน อำเภอแม่สาย อำเภอแม่ฟ้าหลวง อำเภอดอยหลวง จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากอำเภอ อัตราส่วน 5:1 จากทั้งหมด 18 อำเภอ ได้ดังนี้ เขตที่ 1 ได้แก่ อำเภอเมือง (16 ตำบล) เขตที่ 2 ได้แก่ อำเภอขุนตาล (3 ตำบล) เขตที่ 3 ได้แก่ อำเภอเทิง (10 ตำบล) เขตที่ 4 ได้แก่ อำเภอแม่จัน (11 ตำบล)

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยจับสลากเพื่อคัดเลือกตำบลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง อัตราส่วน 5:1 พบตำบลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 ตำบล ได้แก่ อำเภอเมือง จำนวน 3 ตำบล อำเภอขุนตาล จำนวน 1 ตำบล อำเภอเทิง จำนวน 2 ตำบล และอำเภอแม่จัน จำนวน 2 ตำบล

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับสลาก (ตามรายชื่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง) เพื่อเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก มีโอกาสเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น ตำบลละ 50 คน (รวมกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด จำนวน 400 คน)



เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในครอบครัว มากกว่า 1 ปี
2. อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงราย
3. สัมภาษณ์และยินยอมให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย
2. ถอนตัวออกจากการวิจัย
3. ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้พัฒนาข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว และความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยข้อคำถามมีทั้งลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist questions) และแบบเติมคำในช่องว่าง (Open-ended questions)

ส่วนที่ 2 เครื่องชี้วัดปัญหาสุขภาพจิต ประกอบด้วย

1) แบบประเมินความเครียด (Suanprung Stress Test 20 [SPST-20])⁽¹⁰⁾ ซึ่งเป็นแบบประเมินความเครียดมาตรฐานที่สร้างขึ้นมาเพื่อวัดระดับความเครียดที่เหมาะสมกับคนไทย โดยใช้กรอบแนวคิดทางด้านชีวภาพ จิตใจและสังคม

2) แบบวัดความวิตกกังวล (State-Trait Anxiety Inventory form Y-1 [STAI form Y-1]) ของสปีลเบอร์เกอร์⁽¹¹⁾ เป็นแบบวัดความวิตกกังวลมาตรฐานได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์ จิน แบรี และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต⁽¹²⁾

3) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)⁽¹³⁾ เป็นการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใด ๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9Q

4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)⁽¹³⁾ เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้า เกณฑ์การประเมินคะแนน ≤ 7 ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้าหรือมีอาการของภาวะซึมเศร้า ระดับน้อยมาก คะแนน 7 - 12 มีอาการของภาวะซึมเศร้า ระดับน้อย คะแนน 13 - 18 มีอาการของภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง คะแนน ≥ 19 มีอาการของภาวะซึมเศร้า ระดับรุนแรง



การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยมีขั้นตอนในการสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ภายหลังสร้างเครื่องมือเสร็จ นำเครื่องมือไปตรวจสอบโครงสร้างของเนื้อหาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความหมายและการใช้ภาษา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ด้วยวิธีตรวจสอบดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item - Objective Congruence: IOC) พร้อมแนบโครงร่างวิจัยฉบับย่อและแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาแก่ผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่า IOC = 0.87

2. ผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง ในจังหวัดพะเยา จำนวน 30 คน คำนวณด้วยสูตรสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) มีค่า = 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยอบรมผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 3 คน เพื่อช่วยเก็บข้อมูลวิจัย
2. ผู้วิจัยขอรายชื่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง) จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ จากนั้นเชื่อมโยงไปหาผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว (ผู้ดูแลหลัก)
3. ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง
4. ทีมวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
5. ผู้ช่วยนักวิจัยขอคำยินยอมในการให้ข้อมูลและเก็บข้อมูลโดยสอบถามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
6. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม จากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนต่อไป

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

1. อธิบายปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยสถิติเชิงพรรณนา จำนวนและร้อยละ
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จังหวัดเชียงราย ด้วยสถิติ Chi-square กำหนดระดับนัยสำคัญ .05

จริยธรรมการวิจัย งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย หมายเลขใบรับรอง COA.P2-012/2565 โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายใต้หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และหลักความยุติธรรม (Justice)



ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 400 คน โดยมีผลการศึกษา ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความถี่และร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (n=400)

	ปัจจัยส่วนบุคคล	ความถี่	ร้อยละ
เพศ	ชาย	102	25.5
	หญิง	298	74.5
อายุ (ปี) เฉลี่ย 45.2 ปี	20-29	35	8.8
	30-39	126	31.5
	40-49	196	49.0
	50-59	32	8.0
	60 ปีขึ้นไป	11	2.7
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	19	4.7
	ประถมศึกษา	78	19.5
	มัธยมศึกษาตอนต้น	95	23.8
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	148	37.0
	อนุปริญญา/ปวส.	22	5.5
	ปริญญาตรี	30	7.5
	ปริญญาโท	8	2.0
	สถานภาพสมรส		
	โสด	103	25.8
	สมรส	262	65.5
	หม้าย/หย่า/แยก	35	8.7
ความเพียงพอของรายได้	เพียงพอและเหลือเก็บ	84	21.0
	เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	212	53.0
	ไม่เพียงพอ	92	23.0
	ไม่เพียงพอและต้องกู้หนี้ยืมสิน	12	3.0
สัมพันธภาพในครอบครัว	มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว	311	77.7
	มีความขัดแย้งในครอบครัวบางครั้ง	87	21.8
	มีความขัดแย้งในครอบครัวตลอดเวลา	2	0.5
ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์	พ่อ-แม่	188	47.0
	สามี-ภรรยา	20	5.0
อย่างไร	ปู่-ย่า-ตา-ยาย	96	24.0
	ลุง-ป้า-น้า-อา	56	14.0
	พี่น้อง	40	10.0



จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 298 คน คิดเป็นร้อยละ 74.5 อายุเฉลี่ย 45.2 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-49 ปี จำนวน 196 คน คิดเป็นร้อยละ 49.0 การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 148 คน ร้อยละ 37.0 สถานภาพสมรส 262 คน คิดเป็นร้อยละ 65.5 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ 212 คน คิดเป็นร้อยละ 53.0 สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว จำนวน 311 คน คิดเป็นร้อยละ 77.7 ส่วนใหญ่ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เป็นพ่อหรือแม่ จำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 47.0

2. ผลการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิต

2.1 ผลการวิเคราะห์ความเครียด โดยใช้แบบประเมินความเครียดสวนปรง (Suanprung Stress Test 20 [SPST-20]) แสดงผลดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจากแบบประเมินความเครียดสวนปรง (Suanprung Stress Test 20 [SPST-20]) (n=400)

ระดับความเครียด	ความถี่	ร้อยละ
ความเครียดระดับน้อย (คะแนน 0-23)	201	50.2
ความเครียดระดับปานกลาง (คะแนน 24-41)	165	41.3
ความเครียดระดับสูง (คะแนน 42-61)	22	5.5
ความเครียดในระดับรุนแรง (คะแนน 62 ขึ้นไป)	12	3.0

จากตารางที่ 2 พบความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจากแบบประเมินความเครียดสวนปรงอยู่ในความเครียดระดับน้อย จำนวน 201 คน คิดเป็นร้อยละ 50.2 รองลงมา ได้แก่ ความเครียดระดับปานกลาง จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 41.3

2.2 ผลการวิเคราะห์ความวิตกกังวล โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวล (State-Trait Anxiety Inventory Form Y-1 [STAI form Y-1]) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจากแบบวัดความวิตกกังวล (State-Trait Anxiety Inventory form Y-1 [STAI form Y-1]) (n=400)

ระดับความวิตกกังวล	ความถี่	ร้อยละ
ความวิตกกังวลระดับต่ำ (20-40 คะแนน)	218	54.5
ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (41-60 คะแนน)	156	39.0
ความวิตกกังวลระดับสูง (61-80 คะแนน)	26	6.5

จากตารางที่ 3 พบความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจากแบบวัดความวิตกกังวล (State-Trait Anxiety Inventory form Y-1 [STAI form Y-1]) อยู่ในความวิตกกังวลระดับต่ำ จำนวน 218 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5 รองลงมา ได้แก่ ความวิตกกังวลระดับปานกลาง จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 39.0



2.3 ผลการวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้า ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยใช้แบบประเมิน 2Q/9Q ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยใช้แบบประเมิน 2Q/9Q (n=400)

ภาวะซึมเศร้า	ความถี่	ร้อยละ
ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้า (≤ 7 คะแนน)	261	65.3
มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (7 – 12 คะแนน)	89	22.2
มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (13 – 18 คะแนน)	34	8.5
มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (≥ 19 คะแนน)	16	4.0

จากตารางที่ 4 พบภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยใช้แบบประเมิน 2Q/9Q ส่วนใหญ่ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้า จำนวน 261 คน คิดเป็นร้อยละ 65.3 รองลงมา ได้แก่ มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับน้อย จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2

3. ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม (ระดับความเครียด ระดับความวิตกกังวล ระดับภาวะซึมเศร้า) ดังแสดงในตารางที่ 5 – 7

ตารางที่ 5 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน	ระดับความเครียด				χ^2	p-value
			น้อย	ปานกลาง	สูง	รุนแรง		
เพศ	ชาย	102	31	67	2	2	17.634**	0.001
		(25.5)	(7.75)	(16.75)	(0.5)	(0.5)		
	หญิง	298	170	98	20	10	7.328	0.062
		(74.5)	(42.5)	(24.5)	(5.0)	(2.5)		
อายุ (ปี)	20-29	35	18	15	1	1	7.328	0.062
		(8.75)	(4.5)	(3.75)	(0.25)	(0.25)		
	30-39	126	56	65	3	2		
		(31.5)	(14.0)	(16.25)	(0.75)	(0.50)		
	40-49	196	102	76	13	5		
		(49.0)	(25.5)	(19.0)	(3.25)	(1.25)		
	50-59	32	20	5	4	3	7.328	0.062
		(8.0)	(5.0)	(1.25)	(1.0)	(0.75)		
	60 ปีขึ้นไป	11	5	4	1	1		
		(2.75)	(1.25)	(1.0)	(0.25)	(0.25)		



ตารางที่ 5 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ระดับความเครียด					χ^2	p-value
		น้อย	ปานกลาง	สูง	รุนแรง			
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	19 (4.75)	10 (2.5)	6 (1.5)	2 (0.5)	1 (0.25)	3.411	0.332
	ประถมศึกษา	78 (19.5)	40 (10.0)	30 (7.5)	5 (1.25)	3 (0.75)		
	มัธยมศึกษาตอนต้น	95 (23.75)	52 (13.0)	36 (9.0)	4 (1.0)	3 (0.75)		
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	148 (37.0)	77 (19.25)	66 (16.5)	4 (1.0)	1 (0.25)		
	อนุปริญญา/ปวส.	22 (5.5)	8 (2.0)	10 (2.5)	2 (0.5)	2 (0.5)		
	ปริญญาตรี	30 (7.5)	13 (3.25)	13 (3.25)	2 (0.5)	2 (0.5)		
	ปริญญาโท	8 (2.0)	1 (0.5)	4 (1.0)	3 (0.75)	0 (0.0)		
สถานภาพสมรส	โสด	103 (25.75)	56 (14.0)	42 (10.5)	4 (1.0)	1 (0.25)	2.135	0.401
	สมรส	262 (65.5)	130 (32.5)	109 (37.25)	15 (3.75)	8 (2.0)		
	หม้าย/หย่า/แยก	35 (8.75)	15 (3.75)	14 (3.5)	3 (0.75)	3 (0.75)		
ความเพียงพอของรายได้	เพียงพอและเหลือเก็บ	84 (21.0)	52 (13.0)	28 (7.0)	3 (0.75)	1 (0.25)	9.372*	0.030
	เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	212 (53.0)	119 (29.75)	83 (20.75)	8 (2.0)	2 (0.5)		
	ไม่เพียงพอ	92 (23.0)	28 (7.0)	52 (13.0)	7 (1.75)	5 (1.25)		
	ไม่เพียงพอและต้องกู้หนี้ยืมสิน	12 (3.0)	2 (0.5)	2 (0.5)	4 (1.0)	4 (1.0)		



ตารางที่ 5 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน	ระดับความเครียด				χ^2	p-value
			น้อย	ปานกลาง	สูง	รุนแรง		
สัมพันธ์ภาพในครอบครัว	มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว	311	184	111	12	4	8.919*	0.038
		(77.75)	(46.0)	(27.75)	(3.0)	(1.0)		
	มีความขัดแย้งในครอบครัวบางครั้ง	87	17	54	10	6		
		(21.75)	(4.25)	(13.5)	(2.5)	(1.5)		
	มีความขัดแย้งในครอบครัวตลอดเวลา	2	0	0	0	2		
		(0.5)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.5)		
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังกับผู้ดูแล	พ่อแม่	188	92	82	10	4	1.158	0.543
		(47.0)	(23.0)	(20.5)	(2.5)	(1.0)		
	สามี-ภรรยา	20	10	7	2	1		
		(5.0)	(2.5)	(1.75)	(0.5)	(0.25)		
	ปู่-ย่า-ตา-ยาย	96	45	38	8	5		
		(24.0)	(11.25)	(9.5)	(2.0)	(1.25)		
	ลุง-ป้า-น้า-อา	56	27	27	1	1		
		(16.0)	(6.75)	(6.75)	(0.25)	(0.25)		
	พี่น้อง	40	27	11	1	1		
		(10.0)	(6.75)	(2.75)	(0.25)	(0.25)		

หมายเหตุ * $p < .05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์กับเพศ ความเพียงพอของรายได้และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตารางที่ 6 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ปัจจัยส่วนบุคคล		ความถี่	ระดับความวิตกกังวล			χ^2	p-value
			ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
เพศ	ชาย	102	49	51	2	9.234*	0.029
		(25.5)	(12.25)	(12.75)	(0.5)		
	หญิง	298	169	105	24		
		(74.5)	(42.25)	(26.25)	(6.0)		
อายุ (ปี)	20-29	35	18	11	2	6.359	0.074
		(8.75)	(4.5)	(2.75)	(0.5)		
	30-39	126	59	65	8		
		(31.5)	(14.75)	(16.25)	(2.0)		
	40-49	196	115	68	10		
		(49.0)	(28.75)	(17.0)	(2.5)		



ตารางที่ 6 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ต่อ)

	ปัจจัยส่วนบุคคล	ความถี่	ระดับความวิตกกังวล			χ^2	p-value
			ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
ระดับการศึกษา	50-59	32	21	8	4	5.321	0.295
		(8.0)	(5.25)	(2.0)	(1.0)		
	60 ปีขึ้นไป	11	5	4	2		
		(2.75)	(1.25)	(1.0)	(0.5)		
	ไม่ได้เรียนหนังสือ	19	12	5	2		
		(4.75)	(3.0)	(1.25)	(0.5)		
	ประถมศึกษา	78	45	28	5		
		(19.5)	(11.25)	(7.0)	(1.25)		
	มัธยมศึกษาตอนต้น	95	58	32	5		
		(23.75)	(14.5)	(8.0)	(1.25)		
สถานภาพสมรส	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	148	76	66	6	3.569	0.365
		(37.0)	(19.0)	(16.5)	(1.5)		
	อนุปริญญา/ปวส.	22	10	10	2		
		(5.5)	(2.5)	(2.5)	(0.5)		
	ปริญญาตรี	30	16	11	3		
		(7.5)	(4.0)	(2.75)	(0.75)		
	ปริญญาโท	8	1	4	3		
		(2.0)	(0.25)	(1.0)	(0.75)		
	โสด	103	58	42	3		
		(25.75)	(14.5)	(10.5)	(0.75)		
ความเพียงพอของรายได้	สมรส	262	144	100	19	4.581	0.312
		(65.5)	(36.0)	(25.0)	(4.75)		
	หม้าย/หย่า/แยก	35	16	14	4		
		(8.75)	(4.0)	(3.5)	(1.0)		
	เพียงพอและเหลือเก็บ	84	45	32	7		
		(21.0)	(11.25)	(8.0)	(1.75)		
	เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	212	118	82	12		
		(53.0)	(29.5)	(20.5)	(3.0)		
	ไม่เพียงพอ	92	47	39	6		
		(23.0)	(11.75)	(9.75)	(1.5)		
	ไม่เพียงพอและต้องกู้หนี้ยืมสิน	12	8	3	1		
		(3.0)	(2.0)	(0.75)	(0.25)		



ตารางที่ 6 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและระดับความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความถี่	ระดับความวิตกกังวล				χ^2	p-value
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
สัมพันธ์ภาพในครอบครัว	มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว	311 (77.75)	173 (43.25)	118 (29.5)	20 (5.0)	7.456	0.052
	มีความขัดแย้งในครอบครัวบางครั้ง	87 (21.75)	45 (11.25)	37 (9.25)	5 (1.25)		
	มีความขัดแย้งในครอบครัวตลอดเวลา	2 (0.5)	0 (0.0)	1 (0.25)	1 (0.25)		
	พ่อแม่	188 (47.0)	108 (27.0)	68 (17.0)	12 (3.0)		
	สามี-ภรรยา	20 (5.0)	10 (2.5)	7 (1.75)	3 (0.75)		
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังกับผู้ดูแล	ปู่-ย่า-ตา-ยาย	96 (24.0)	51 (12.75)	37 (9.25)	8 (2.0)	5.518	0.088
	ลุง-ป้า-น้า-อา	56 (16.0)	29 (7.25)	25 (6.25)	2 (0.5)		
	พี่น้อง	40 (10.0)	20 (5.0)	19 (4.75)	1 (0.25)		

หมายเหตุ * $p < .05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ระดับความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับเพศที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตารางที่ 7 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ระดับอาการภาวะซึมเศร้า				χ^2	p-value
		ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	รุนแรง		
เพศ	ชาย	102 (25.5)	61 (15.25)	32 (8.0)	6 (1.5)	12.594**	0.001
	หญิง	298 (74.5)	200 (50.0)	57 (19.25)	28 (7.0)		
อายุ (ปี)	20-29	35 (8.75)	18 (4.5)	12 (3.0)	3 (0.75)	5.398	0.089
	30-39	126 (31.5)	88 (22.0)	28 (7.0)	7 (1.75)		
	40-49	196 (49.0)	132 (33.0)	40 (10.0)	18 (4.5)		



ตารางที่ 7 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ระดับอาการภาวะซึมเศร้า				χ^2	p-value	
		ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	รุนแรง			
ระดับการศึกษา	50-59	32	18	5	5	4	5.559	0.095
		(8.0)	(4.5)	(1.25)	(1.25)	(1.0)		
	60 ปีขึ้นไป	11	5	4	1	1		
		(2.75)	(1.25)	(1.0)	(0.25)	(0.25)		
	ไม่ได้เรียนหนังสือ	19	10	6	2	1		
		(4.75)	(2.5)	(1.5)	(0.5)	(0.25)		
	ประถมศึกษา	78	49	20	6	3		
		(19.5)	(12.25)	(5.0)	(1.5)	(0.75)		
	มัธยมศึกษาตอนต้น	95	64	20	8	3		
		(23.75)	(16.0)	(5.0)	(2.0)	(0.75)		
สถานภาพสมรส	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	148	104	28	11	5	3.659	0.312
		(37.0)	(26.0)	(7.0)	(2.75)	(1.25)		
	อนุปริญญา/ปวส.	22	10	7	3	2		
		(5.5)	(2.5)	(1.75)	(0.75)	(0.5)		
	ปริญญาตรี	30	20	5	3	2		
		(7.5)	(5.0)	(1.25)	(0.75)	(0.5)		
	ปริญญาโท	8	4	3	1	0		
		(2.0)	(1.0)	(0.75)	(0.25)	(0.0)		
	โสด	103	73	19	9	2		
		(25.75)	(18.25)	(4.75)	(2.25)	(0.5)		
ความเพียงพอของรายได้	สมรส	262	173	56	22	11	3.581	0.325
		(65.5)	(43.25)	(14.0)	(5.5)	(3.75)		
	หม้าย/หย่า/แยก	35	15	14	3	3		
		(8.75)	(3.75)	(3.5)	(0.75)	(0.75)		
	เพียงพอและเหลือเก็บ	84	62	17	4	1		
		(21.0)	(15.5)	(4.25)	(1.0)	(0.25)		
	เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	212	145	43	18	7		
	(53.0)	(36.25)	(10.75)	(4.5)	(1.75)			
ไม่เพียงพอ		92	48	25	9	5		
		(23.0)	(12.0)	(6.25)	(2.25)	(1.25)		
	ไม่เพียงพอและต้องกู้หนี้ยืมสิน	12	6	4	3	3		
		(3.0)	(1.5)	(1.0)	(0.75)	(0.75)		

ตารางที่ 7 ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ระดับอาการภาวะซึมเศร้า					χ^2	p-value
		ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	รุนแรง			
สัมพันธ์ภายในครอบครัว	มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว	311	202	75	22	12	6.456	0.089
	มีความขัดแย้งในครอบครัวบางครั้ง	(77.75)	(50.5)	(18.75)	(5.5)	(3.0)		
	มีความขัดแย้งในครอบครัวตลอดเวลา	87	59	14	11	3		
	มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว	(21.75)	(14.75)	(3.5)	(2.75)	(0.75)		
	มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว	2	0	0	1	1		
ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	พ่อ-แม่	188	120	42	18	8	4.652	0.355
	ลูก-ป้า-น้า-อา	(47.0)	(30.0)	(10.5)	(4.5)	(2.0)		
ความสัมพันธ์อย่างไร	สามี-ภรรยา	20	9	7	3	1		
	ปู่-ย่า-ตา-ยาย	(5.0)	(2.25)	(1.75)	(0.75)	(0.25)		
	ลูก-ป้า-น้า-อา	96	62	21	8	5		
	พี่-น้อง	(24.0)	(15.5)	(5.25)	(2.0)	(1.25)		
	พี่-น้อง	56	39	13	3	1		
	พี่-น้อง	(16.0)	(9.75)	(3.25)	(0.75)	(0.25)		
	พี่-น้อง	40	31	6	2	1		
	พี่-น้อง	(10.0)	(7.75)	(1.5)	(0.5)	(0.25)		

หมายเหตุ * $p < .05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ระดับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับเพศที่ระดับนัยสำคัญ .05

อภิปรายผล

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นผู้รับหน้าที่อันท้าทายอย่างยิ่งในชีวิต คือ การดูแลผู้สูงอายุหรือบุคคลอันเป็นที่รักในช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการดูแลที่ต้องทุ่มเทนอกจากแรงกายที่มากกว่าดูแลผู้สูงอายุทั่วไปแล้ว สภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในขณะที่เจ็บป่วย ยิ่งยากจะเข้าใจ ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือสมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเผชิญความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้ ภาระในการดูแลที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลหลักนั้นมีความสัมพันธ์กับความก้าวหน้าของการดำเนินโรคทางจิตเวชและสุขภาพจิต⁽¹⁴⁾ ปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกิดในผู้ดูแลที่สามารถพบได้ ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) คิดเป็นร้อยละ 95 และภาวะซึมเศร้า (Depression) คิดเป็นร้อยละ 45 อาการของภาวะทางจิตใจจากอาการที่รุนแรง (Posttraumatic Stress Disorder) ภาวะทุกข์ทรมานทางจิตใจ (Psychological Distress) ได้แก่ รู้สึกไม่มีคนช่วยเหลือ (Helplessness) ความไม่แน่นอน (Uncertainty) สิ้นหวัง (Hopelessness) ความมีศักดิ์ศรีลดลง (Loss of Dignity) รู้สึกผิด (Guilt) คุณภาพชีวิตย่ำแย่ (Impaired Quality of Life) และมีความคิดอยากตาย (Suicidal Ideation)⁽¹⁵⁾



การดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นสถานการณ์ที่มักก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการจัดการความเครียดของลาซารัส (Lazarus's Theory) ที่กล่าวว่าความเครียด (Stress) คือ เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่าส่งผลต่อสวัสดิภาพและเป็นภัยคุกคามต่อตนเอง และมีการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังที่มีอยู่เพื่อจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเครียดระดับน้อยถึงระดับปานกลาง (ร้อยละ 91.5) สอดคล้องกับการวิจัยความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.26$, $SD = 1.12$)⁽¹⁶⁾ พบว่าญาติผู้ดูแลมีความเครียดในด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วยมากที่สุด ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดทั้งด้านมุ่งแก้ปัญหาและด้านจัดการกับอารมณ์ร่วมกัน โดยใช้การเผชิญความเครียดด้านจัดการกับอารมณ์มากกว่าด้านมุ่งแก้ปัญหา ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องใช้พลังกาย พลังใจและต้องทุ่มเทเวลาให้อย่างต่อเนื่องและยาวนาน เพราะภารกิจในการดูแลผู้สูงอายุนั้นต้องใช้ความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งต้องใช้ทักษะความชำนาญหลายด้าน ตลอดจนการจัดการกับภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นเวลาใดก็ได้ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกคนได้รับผลกระทบ อาจเกิดความเครียดสะสม ผลของความเครียดยังส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพในการให้การดูแลผู้สูงอายุได้ ในขณะที่การศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา⁽¹⁷⁾ พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 40.09$, $SD = 14.85$) เนื่องมาจากผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี (ร้อยละ 61.88) อายุเป็นเงื่อนไขภายในบุคคลที่มีต่อการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทำให้เกิดความเครียดได้ แต่ผู้ดูแลผู้สูงอายุยังมีโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม และยังได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน ได้แก่ เทศบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 58.12) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่นั้น ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ อาศัยคนเดียวบ้างแต่ไม่มาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในครั้งนี้ ที่พบว่าความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับเพศ ความเพียงพอของรายได้และความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยพบว่าความเครียดมักพบในผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิงมากกว่า อาจเกิดจากความวิตกกังวลเครื่องการดูแลผู้ป่วยและกิจวัตรประจำวันของตัวเอง อีกทั้งความเพียงพอของรายได้ในแต่ละเดือนมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ซึ่งอธิบายได้ว่ารายได้ที่เพียงพอทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต รู้สึกมั่นคงในชีวิต จึงส่งผลให้มีพลังสุขภาพจิตที่ดี ในขณะที่เดียวกันเมื่อสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดีขึ้น จะส่งผลให้ความเครียดจากการดูแลของผู้ดูแลลดลง ซึ่งให้เห็นว่าครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การที่ญาติผู้ป่วยกับผู้ป่วยมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน มีความรัก ความเห็นใจ ความผูกพันซึ่งกันและกันมาก ทำให้ญาติรู้สึกกังวลกับสิ่งที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ ไม่ว่าจะเป็นความทุกข์ทรมานหรืออันตรายจากโรค⁽¹⁸⁾ การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลจะเผชิญกับความเครียดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การรับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกจึงเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยลดความเครียดได้ นอกจากนี้ผู้ดูแลอาจต้องการความเป็นส่วนตัวที่จะพักหรือต้องการการช่วยเหลือบางครั้งในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การเสนอแนะให้ผู้ดูแลหลักไปพักผ่อน เทียว ทำบุญหรือการกระทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่สามารถช่วยลดความเครียดจากการดูแลได้ เช่น การวิ่ง ว่ายน้ำ การเล่นโยคะ การฝึกการหายใจ และวิธีการผ่อนคลายอื่น⁽⁶⁾

ความวิตกกังวล คือ ความรู้สึกต่อสิ่งเร้าที่คาดว่าจะมีผลคุกคามหรืออันตรายต่อตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อาจไม่สามารถระบุสาเหตุที่ชัดเจนได้หรืออาจเกิดจากการคาดคะเนเหตุการณ์ ส่งผลให้บุคคลมีความรู้สึกและตอบสนองต่อสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นทำให้รู้สึกเป็นทุกข์ ไม่สุขสบายใจ ยากลำบากใจ หวาดหวั่น และเกิดความ

ไม่พึงพอใจ เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลมักจะประเมินสถานการณ์และเกิดความวิตกกังวลกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตลอดจนการดูแลรักษา หากอาการรุนแรงมากขึ้นความวิตกกังวลก็ยิ่งสูงตามไปด้วย การวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.5) มีความวิตกกังวลในระดับน้อยถึงปานกลาง แสดงถึงความเข้าใจโรคหรือการดูแลรักษาโรค ตลอดจนความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่อาจจะไม่ได้รุนแรงมากนัก การศึกษาผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงกว่าบุคคลทั่วไปโดยมักวิตกกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดเป็นภาระความเครียดทุกซอกและทุกซอก⁽¹⁹⁾ ซึ่งความวิตกกังวลนั้นเป็นภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกตึงเครียดของผู้ดูแลที่เกิดจากการประเมินสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลเองว่าอาจได้รับอันตรายหรือถูกคุกคาม⁽²⁰⁾ การศึกษาครั้งนี้พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลซึ่งอาจเกิดจากผู้ดูแลเป็นเพศหญิงมักมีความวิตกกังวลในเรื่องอาการของผู้ป่วยเอง ตลอดจนการดูแลที่ให้กับผู้ป่วย ทั้งนี้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วย ได้แก่ สัมพันธภาพกับผู้ป่วย การรับรู้อาการผู้ป่วย ทศนคติต่อความตาย การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตายและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย⁽²¹⁾ ตลอดจนการให้ความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วย วิธีการดูแลผู้ป่วย และการจัดการอาการรบกวนของผู้ป่วยที่ถูกต้อง จะช่วยลดความกังวลและความกลัวของผู้ดูแลได้⁽²²⁾ นอกจากนี้ สิ่งที่ญาติผู้ดูแลต้องการมากที่สุด คือ ความรู้และทักษะในการดูแลและจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะท้าย⁽²³⁾ เพื่อให้เกิดความมั่นใจเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์นั้น ๆ

การศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 4.0 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะยาว ร้อยละ 4⁽²⁴⁾ และการศึกษาก่อนหน้านี้ในประเทศไทยพบว่าผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ⁽²⁵⁾ พบว่ามีภาวะซึมเศร้าในบทบาทผู้ดูแล ในขณะเดียวกันการศึกษาในครั้งนี้พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเชิดชาย ชยวัฑฒ⁽²⁶⁾ โดยเหตุผลที่พบว่าผู้ป่วยเพศชายมีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกำลังหลักในการทำงานหาเงินให้ครอบครัวเมื่อมีภาวะความพิการทำให้ครอบครัวขาดรายได้ และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งพฤติกรรมผู้ป่วย มีแนวโน้ม โกรธและโมโหง่าย ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดจากอารมณ์หงุดหงิดโมโหง่ายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย การแก้ไขปัญหาดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือกันไม่ว่าจะเป็นคนในครอบครัวและในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกรักอยากดูแลผู้ป่วย พอใจที่ได้ดูแลผู้ป่วย ไม่คิดว่าเป็นภาระ เกิดจากการที่ผู้ดูแลมีความรู้สึกรับรู้ผู้ป่วยและความเชื่อในการตอบแทนบุญคุณ



ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ จากการวิจัย พบว่า สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ยังเป็นปัญหาทั้งความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ถึงแม้จะอยู่ในระดับไม่สูงมาก แต่ก็ถือว่าเป็นปัญหาที่ควรจะต้องได้รับการเอาใจใส่ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง หน่วยงานภาครัฐ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเรื่องสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพราะหากผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีย่อมจะส่งผลถึงการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนการดำเนินโรคของผู้สูงอายุในทิศทางที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ตลอดจนการศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ที่สนับสนุนงบประมาณ ในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญที่ช่วยตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิจัย และขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง (ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้นำชุมชน) ที่ช่วยให้ข้อมูลในการทำวิจัยจนประสบความสำเร็จในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Situation of the Thai older persons 2021. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2022. (in Thai)
2. The Bureau of Registration Administration (BORA). Population statistics by province, December 2022 [internet]. 2023 [cited 2023 June 10]. Available from: <https://stat.bora.dopa.go.th/StatMIS/#/ReportStat/3> (in Thai)
3. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for psychological social care of the elderly to prevent mental health problems. 4th ed. Nonthaburi: Agricultural Cooperative Federation of Thailand Limited; 2015. (in Thai)
4. Kitreerawutiwong N. Chronic illness care in primary care. J Pub Health Nurse 2016;30(1):113-26.
5. Strategy and planning division, Ministry of Public Health. Standard report of Ministry of Public Health [internet]. 2023 [cited 2023 June 10]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php> (in Thai)



6. Supaporn K. Caregiver burden and mental health problems among the caregivers of the elderly at home-based palliative stage. *KJN* 2020;27(1):150-61. (in Thai)
7. Aggar C. Issues caring burden. *Australian Nursing Journal* 2012;20(5):35.
8. Gray R., Thepsuwan S., Thongcharoenchupong N., Poomsaithong P. Elderly care: happiness and stress. 1st ed. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research. Mahidol University; 2013. (in Thai)
9. Roscoe JT. Fundamental research statistics for the behavioral sciences. New York: Holt Rinehart and Winston, Inc; 1969.
10. Mahatnirunkul S, Pumpisalchai W, Thapanya P. The construction of Suan Prung Stress Test for Thai Population. *Bulletin of Suan Prung* 1997;13(3):1-20. (in Thai)
11. Spielberger CD. Manual for the State-Trait-Anxiety Inventory: STAI (form Y). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983.
12. Tapinta D. Reduction of anxiety of staff nurses working with AIDS patients through cognitive reconstructing and mindfulness training. [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 1991. (in Thai)
13. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidebook of depressive disorders surveillance and care : provincial level (revised edition III; 2014); 2014. (in Thai)
14. McMillan SC, Small BJ. Using the cope intervention for family caregivers to improve symptoms of hospice homecare patients: a clinical trial. *Oncol. Nurs. Forum* 2007;34:313-21.
15. Sanderson C, Lobb EA, Mowll J, Butow PN, McGowan N, Price MA. Signs of post-traumatic stress disorder in caregivers following an expected death: a qualitative study. *Palliat. Med.* 2013;27(7):625-31.
16. Yongpattanajit S, MonKong S, Sutti N. Caregivers' stress and coping with stress from caring for terminally ill patients in a palliative care unit. *JTNMC* 2020;35(2):117-31. (in Thai)
17. Yoosamran K, Chanaphant S, Keankarn P. Stress and stress-coping of caregivers for dependent older adults, Mueang district, Nakhon Ratchasima province. *RHPC9Journal* 2022;16(1):1-16. (in Thai)
18. Tabsee P. The factors affect to anxiety among caregivers of terminally ill patients with chronic disease. *JPCN* 2019;2(3):1-16. (in Thai)



19. Juan CAL, Elizabeth N, Teresita VC, Alison D, Miriam JM, Maria LMC. Health-related quality of life in caregivers of individuals with traumatic brain injury from Guadalajara, Mexico. *J Rehabil Med* 2011;43:983-6.
20. Spielberger CD. Anxiety as an emotional state. in Spielberger CD (Ed.). *Anxiety: current trends in theory and research*. New York: Academic Press; 1972.
21. Khongsaman P, Kespichayawattana J, Chimluang J. Factors related to death anxiety among family caregivers of advanced cancer patients. *KJN* 2020;27(1):85-97. (in Thai)
22. Chansungnoen J, Maneechote P, Sawatdee D. Anxiety in caregiver of patients with traumatic brain injury. *J.SCT* 2017;10(1):71-8. (in Thai)
23. Jaikhamsuep R, Wanaratwichit C. Psychological well-being among caregivers of end of life cancer patients: from concept to practice. *BCNUT J Nurs*. 2019;11(1):213-23. (in Thai)
24. Chaichana K. Depression among family caregivers of long-term care patients in Khuntan district, Chiang Rai, Thailand. *CMJ* 2020;12(2):68-86. (in Thai)
25. Thaneerat T, Panitangkool Y, Doungyota T, Tooreerach U, Kimsao P. Prevalence of depression, anxiety, and associated factors in caregivers of geriatric psychiatric patients. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2016;61(4):319-30. (in Thai)
26. Chayawatto C. Depression in the caregivers of Stroke patients. *Region 4-5 Medical Journal* 2016;35(1):14-27. (in Thai)