



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี

Factors Influencing Duality of Life among Caregivers of Older Adults with Chronic Diseases in Ubonratchathani Province

โชติกา สมสุวรรณ^{1*}, อภิญญา เยาวบุตร¹

Chotika Somsuvun^{1*}, Apinya Yaowaboot¹

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี^{1*}

Faculty of Nursing, Ubonratchathani Rajabhat University, Ubonratchathani^{1*}

(Receive: February 11, 2022; Revised: April 29, 2023; Accepted: May 4, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 161 คน คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดและใช้การสุ่มอย่างง่าย ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2564 ถึง เดือนมีนาคม 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 3) แบบสอบถามการเข้าถึงการรับบริการสุขภาพ 4) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม 5) แบบวัดภาระของผู้ดูแล และ 6) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยแบบประเมิน 3,4,5 และ 6 มีการตรวจสอบความถูกต้องในเนื้อหาเท่ากับ .87, .84, .97 และ .95 ตามลำดับ มีค่าความเชื่อมั่นของค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .83, .81, .91 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์ Eta สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 95.70 ($M=76.47$, $SD=8.96$) มีการเข้าถึงการรับบริการสุขภาพในระดับปานกลางร้อยละ 76.50 ($M=31.51$, $SD=7.62$) ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางร้อยละ 64.60 ($M=48.85$, $SD=9.95$) และภาระของผู้ดูแลมีภาระปานกลางถึงมาก ร้อยละ 52.50 ($M=46.48$, $SD=9.63$)

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ประสพการณ์ในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ภาระของผู้ดูแล และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถรวมอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 51.20 ($R^2 = .512$, $p<.001$)

บุคลากรทางด้านสุขภาพที่รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และหน่วยงานด้านผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญผู้ดูแล ฝึกทักษะในการดูแลพื้นฐานผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังให้กับผู้ดูแลในครอบครัวให้เกิดประสพการณ์เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแล วางแผนการดูแลตั้งแต่เริ่มต้นเพื่อลดภาระของผู้ดูแล นอกจากนี้ควรเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีในการสร้างเสริมสมรรถนะเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง, คุณภาพชีวิต

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: somsuwun.cho@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-6172198)



Abstract

The purpose of this research was to study the factors influencing quality of life among caregivers of older adults with chronic diseases in Ubon Ratchathani province. The participants were caregivers for older adults with chronic diseases in the community. Samples were 161 caregivers for older adults with chronic diseases in the community. The data was collected from July 2021 to March 2022. Simple random sampling was used to recruit the participants. The instruments were 1) A personal information questionnaire for caregivers 2) A personal information questionnaire for older adults with chronic diseases 3) An Access to healthcare services questionnaire 4) A social support questionnaire 5) A caregiver burden questionnaire 6) A caregiver quality of life questionnaire. The content validity of the questionnaire was assessed using content validity index (CVI). The content validity index for questionnaires 3), 4), 5) and 6) were 0.87, 0.84, 0.97 and 0.95, respectively. Cronbach's alpha coefficient of reliability were 0.83, 0.81, 0.91 and 0.87 respectively. Descriptive statistics Eta, Pearson's correlation coefficient and stepwise multiple regression were employed to analyze the data.

The results showed that

1. 95.70% of the caregivers had a moderate level of quality of life ($M=76.47$, $SD=8.96$), 76.50% of the caregivers had a moderate level of access to healthcare services ($M=31.51$, $SD=7.62$), 64.60% of the caregivers had a moderate level of social support ($M=48.85$, $SD=9.95$), and 52.50% of the caregivers had a moderate to high level of workload burden ($M=46.48$, $SD=9.63$).

2. Factors influencing quality of life among caregivers of older adults with chronic diseases consisted of the experience of care giving, health status in caregivers, caregiver's workload burden and social support which explained 51.20% ($R^2=.512$, $p<.001$) of the variance in caregiver's quality of life.

The results suggested that healthcare professionals and elderly care agency, who had responsibility in managing the caregiving for older adults with chronic diseases in community, should pay attention to caregivers, develop basic care skills for the elderly with chronic diseases in caregivers in the family as to gain experience and build confidence in caregiving, make plans in caregiving for the elderly from the start to reduce the workload burden. In addition, social support should be increased in order for caregivers to have a good quality of life whilst effectively care for the elderly with chronic diseases. This process can lead to a better quality of life both in the caregivers and the elderly.

Keywords: Caregivers of Older Adults, Elderly with Chronic Disease, Quality of Life.

บทนำ



ประชากรโลกในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านขนาดและโครงสร้าง โดยในปีพ.ศ. 2565 ทั่วโลกมีประชากรประมาณ 8 พันล้านคน (United Nation, 2022) โดยเป็นประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.50 ของประชากรทั้งหมด สำหรับประเทศไทยมีผู้สูงอายุมากเป็นอันดับที่ 2 ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Prasartkul, 2017) ซึ่งในปี พ.ศ.2565 มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 18.94 ของประชากรทั้งประเทศ (Department of Older Persons, 2022) ความสูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะต่างๆทั่วร่างกายเสื่อมถอยลง มีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย ส่งผลให้แนวโน้มของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุมีมากกว่าประชากรกลุ่มอายุอื่น โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Sudnongbua, 2021) จากการสำรวจสวัสดิการและอนามัย พ.ศ. 2558 พบว่าร้อยละ 56.00 ของผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (Prasartkul, 2017) การเจ็บป่วยเหล่านี้นำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ กระทั่งต่อการช่วยเหลือตนเอง (Functional Status) มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยจะพบมากขึ้นและมีความรุนแรงมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้น (Kumsuchat, 2017) ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลประสบความเครียดเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (Kasemkitwattana, & Prison, 2014) โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ดูแลไม่มีความพร้อมด้านทักษะการดูแลและไม่มีสิ่งเกื้อหนุนที่เพียงพอ จะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลหลักและครอบครัวทั้งปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย การดำเนินชีวิตประจำวัน ภาวะจิตใจที่พบความเครียด วิตกกังวล เหนื่อย ท้อแท้ เกิดความขัดแย้งในครอบครัว มีปัญหาการเงินส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวและทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตลดลง (Intarasombat, Monkong, Churaitatsanee, Vongterapak, Prasanaikom, Pronsawatchai et al, 2013)

จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นลำดับที่ 5 ของประเทศไทย ซึ่งมีผู้สูงอายุจำนวน 311,553 คน คิดเป็นร้อยละ 16.66 (Department of Older Persons, 2022) โดยผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวร้อยละ 50.50 ซึ่งการเจ็บป่วย 3 อันดับแรกที่พบ คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 30.70, 23.80 และ 8.40 ตามลำดับ (Sararuk, Nganchamung, & Krasuaythong, 2020) จึงต้องให้การดูแลเพิ่มเติมในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเหล่านี้ โดยข้อมูลการศึกษาด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานีที่ผ่านมา พบว่ามีปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบทบาทผู้ดูแล คือ ไม่มีทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากพอหรือไม่มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ขาดองค์ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีความต้องการสนับสนุนจากบุคลากรภาครัฐ เอกชนหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง ขาดการบริหารจัดการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Robrujen, 2017) เมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ทำให้ผู้ดูแลหลักที่เป็นบุตรในครอบครัว ที่อยู่กับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีความเครียดจากการดูแลระยะยาวและมีปัญหาด้านเศรษฐกิจในครอบครัวตามมา นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้สูงอายุบางคนก็มีปัญหาสุขภาพจากโรคประจำตัวของตนเอง (Kanyakan, Kosalvittr, & Bunyaniwarat, 2019) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุผู้ดูแล ภาระของผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม (Klinsuwan, Watthayu, & Suwonnaroop, 2017) ประสบการณ์ในการดูแล (Nampun, Auemaneekul, & Kalampakorn, 2020) ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน (May, Monkong, Leelacharas, & Satitvipawee, 2022) ภาวะสุขภาพ (Samerchua, Pharatpariyad, Singmanee, & Suksatit, 2019) สถานภาพสมรส และการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ (Purimat, Nanthamongkolchai, Munsawaengsub, Pitikultang, & Yodmai, 2019) สิ่งเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังตามมาได้ และนอกจากนี้ที่ผ่านมาจังหวัดอุบลราชธานียังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แนวทางการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยพิจารณาทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ยังไม่ปรากฏภาพที่ชัดเจนมาก่อน จึงเป็นประเด็นในการศึกษาครั้งนี้



ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แนวคิด PRECEDE - PROCEED Model (Green, & Kreuter, 1999) ในขั้นตอนที่ 4 มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารอบแนวคิดในการวิจัยเพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยด้านต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแล ซึ่งมีแนวคิดว่าการเกิดพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากพหุปัจจัย (Multiple Factor) ดังนั้นต้องมีการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Kalampakorn, 2011) ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังนี้ ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์ในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และภาระในการดูแล ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่และบุคลากรทางด้านสุขภาพใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์วิจัย

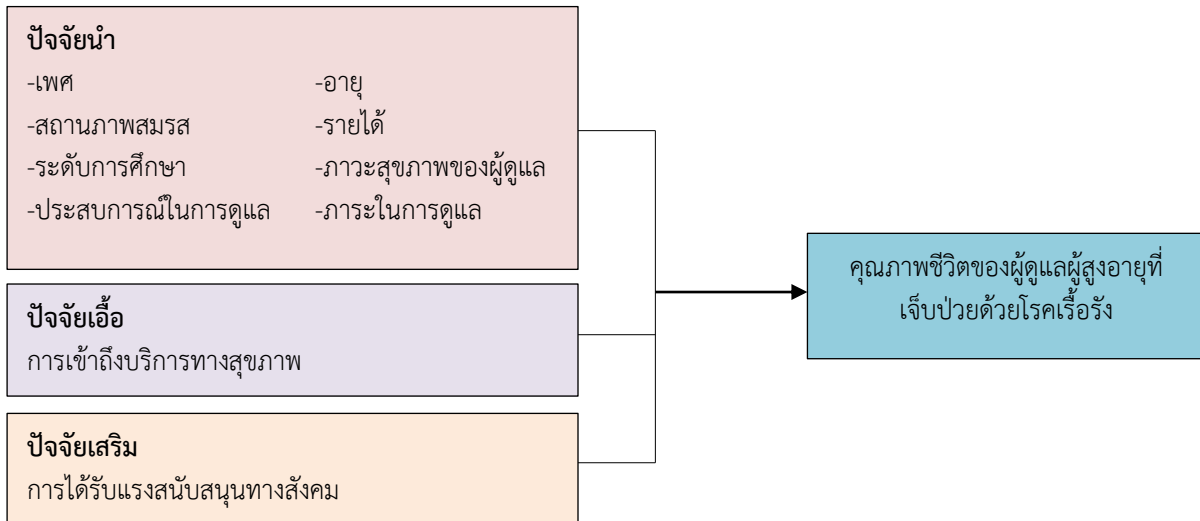
1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี

สมมุติฐานวิจัย

ปัจจัยนำเข้า (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์ในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และภาระในการดูแล) ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ) และปัจจัยเสริม (การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม) มีอำนาจการทำนายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยได้นำแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL (Green, & Kreuter, 1999) ขั้นตอนที่ 4 ระยะ PRECEDE Framework ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม รวมทั้งแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Padilla & Grant (1985) ที่ศึกษาการรับรู้ ความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ การตอบสนองต่อการวินิจฉัยหรือรักษา และความรู้สึกต่อสังคมรอบตัว โดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย เจตคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกที่ตนเองได้รับความช่วยเหลือจากสังคม มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการค้นหา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยนำเข้า ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์ในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และภาระในการดูแล ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังภาพ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย ระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2564 - มีนาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลทั้งชายและหญิงที่เป็นสมาชิกครอบครัวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power 3.1.9.4 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ Regression: Linear Multiple Regression: Fixed Model, R^2 Deviation from Zero กำหนด Effect Size ขนาดกลาง 0.15, กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, Power $(1-\beta) = 0.95$ (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) จำนวน 6 ตัวแปร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 146 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายร้อยละ 10 สรุปขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 161 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้

1. คุณลักษณะของผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและมีสัญชาติไทย 2) เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง) และ 3) มี Barthel ADL index ≥ 12 คะแนนขึ้นไป

2. คุณลักษณะของผู้ดูแล ดังนี้ 1) เพศชายและหญิง ที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และมีสัญชาติไทย 2) อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป ไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนจากการดูแล 3) ไม่มีความบกพร่องทางกาย การสื่อสาร ความพิการ หรือทุพพลภาพ 4) สมารถใจตอบแบบสอบถาม



ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) ซึ่งจะดำเนินการสุ่มเป็นขั้นๆ แบบ 4 ขั้นตอน (Four-Stage Sampling): ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Proportional stratified Random Sampling: STR) ดังนี้

ตาราง 1 แสดงวิธีการสุ่มเลือกพื้นที่ และกลุ่มตัวอย่างจังหวัดอุบลราชธานี

ขั้นตอน	การสุ่มเลือกพื้นที่ และกลุ่มตัวอย่างจังหวัดอุบลราชธานี	
1	แบ่งพื้นที่ 4 เขต	เขต 1 = 6 อำเภอ, เขต 2 = 6 อำเภอ, เขต 3 = 7 อำเภอ, เขต 4 = 6 อำเภอ
2	สุ่มเลือกพื้นที่ เขตละ 1 อำเภอ	เขต 1 = อำเภอเหล่าเสือโก้ก, เขต 2 = อำเภอตระการพืชผล, เขต 3 = อำเภวารินชำราบ, เขต 4 = อำเภอบุญทริก
3	สุ่มเลือกพื้นที่ เขตละ 1 ตำบลตามอำเภอ (กำหนดสัดส่วนขนาดกลุ่มตัวอย่าง)	เขต 1 = ตำบลเหล่าเสือโก้ก, เขต 2 = ตำบลกระเดียน, เขต 3 = ตำบลบุ่งไหม, เขต 4 = ตำบลนากระแซง
4	การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากทะเบียนตามคุณสมบัติที่กำหนด	เขต 1 = 48 คน, เขต 2 = 33 คน, เขต 3 = 43 คน, เขต 4 = 37 คน (รวม 161 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การนับถือศาสนา ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ระยะเวลาในการดูแล จำนวนผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่ในการดูแล อาชีพหลัก รายได้ และโรคประจำตัว

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ และเติมข้อความ จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพเดิม โรคประจำตัว สิทธิในการรักษาพยาบาล การเป็นสมาชิกในกลุ่มทางสังคม

3. แบบสอบถามการเข้าถึงการรับบริการสุขภาพ โดยประยุกต์จากการทบทวนทฤษฎีแนวคิด เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย สถานบริการสุขภาพ ระยะทาง พาหนะที่ใช้เดินทาง ค่าใช้จ่าย ความพึงพอใจ ลักษณะแบบวัดมาตราส่วน (Rating Scale) 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด มีคะแนน 1-5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-50 คะแนน ใช้เกณฑ์การแบ่งการเข้าถึงการรับบริการสุขภาพ โดยใช้พิสัยหารช่วงขั้นที่ต้องการ (Vorapongsathorn, 2015) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 10-23 คะแนน หมายถึง มีการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับเล็กน้อย 24- 37 คะแนน หมายถึงมีการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปานกลาง 38-50 คะแนน หมายถึงมีการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับมาก

4. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล โดยการประยุกต์จากการทบทวนทฤษฎีแนวคิด เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมของ House (1987), Cobb (1976) and Schaefer, Coyne, & Lanzarus (1981) ซึ่งมีการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน จำนวน 15 ข้อ คือ ข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ การให้การ



ประเมินผลจำนวน 2 ข้อ อารมณ์จำนวน 5 ข้อ และทรัพยากรจำนวน 3 ข้อ ลักษณะแบบวัดมาตราส่วน (Rating Scale) 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด มีคะแนน 1-5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 15-75 คะแนน ได้เกณฑ์การสนับสนุนทางสังคม โดยใช้พิสัยหารช่วงชั้นที่ต้องการ (Vorapongsathorn, 2015) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 15-35 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับเล็กน้อย 36- 55 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง 56-75 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก

5. แบบวัดภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้ของ Toonsiri, Sunsern, & Lawang (2011) ซึ่งมีการขอ อนุญาตใช้แบบสอบถาม และมีการปรับค่าในการถามจากผู้ป่วยเรื้อรังเป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จำนวน 22 ข้อ เป็น คำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะของผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ความตึงเครียดส่วนบุคคล (Personal Strain) จำนวน 9 ข้อ ความขัดแย้งในตนเอง (Privacy Conflict) จำนวน 4 ข้อ ความรู้สึกผิด (Guilt) จำนวน 5 ข้อ และเจตคติที่ไม่แน่นอน (Uncertain Attitude) จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง ไม่เคยเลย มีคะแนน 0-4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-88 คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับตามเกณฑ์ของ Toonsiri, Sunsern, & Lawang (2011) คือ 0-20 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะ/ ภาวะเล็กน้อย 21-40 คะแนน หมายถึง มีภาวะเล็กน้อยถึงปานกลาง 41-60 คะแนน หมายถึง มีภาวะปานกลางถึง มาก และ 61-88 คะแนน หมายถึง มีภาวะอย่างมาก

6. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิต โดยอ้างอิงกรอบขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ของ Mahatnirunkul, Tuntipiwathanasakul, Pumpaisalchai, Wongsuwan, & Pornmanarungkul (1997) เพื่อให้มีความเหมาะสม ในการใช้สอบถามในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง จึงมีการขออนุญาตการใช้เครื่องมือและปรับค่าเพื่ออำนวยความสะดวกของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีจำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย(Physical Domain) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจ(Psychological Domain) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม(Social Relationships) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม(Environment) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เคย ให้เลือกตอบโดยพิจารณาข้อความในแต่ละข้อที่ตรงกับ ความรู้สึกของตน ใช้เกณฑ์ โดยใช้พิสัยหารช่วงชั้นที่ต้องการ (Vorapongsathorn, 2015) คะแนนรวมแบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่ 26-60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ, 61-95 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตระดับ ปานกลาง, 96-130 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีการสร้างขึ้นมาจากทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัย ตามกรอบแนวคิดของ การวิจัย มีการตรวจสอบความถูกต้องในเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ดัชนีความสอดคล้อง ของเครื่องมือวิจัย (CVI) ดังนี้ แบบสอบถามการเข้าถึงการรับบริการสุขภาพเท่ากับ 0.87 แบบประเมินการสนับสนุน ทางสังคมของผู้ดูแลเท่ากับ 0.84 แบบวัดภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเท่ากับ 0.97 และแบบสอบถามคุณภาพ ชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเท่ากับ 0.95 และมีตรวจสอบความเชื่อมั่น(Reliability) โดยนำไปทดลอง ใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็น การคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันในผู้สูงอายุ(Barthel ADL index ≥ 12 คะแนนขึ้นไป) ของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 10 ข้อ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า แบบสอบถามการเข้าถึงการรับบริการสุขภาพ มีค่าแอลฟาครอนบาค เท่ากับ .83 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล มีค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .81 แบบวัดภาวะของ



ผู้ดูแล มีค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .91 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างกรกฎาคม พ.ศ.2564 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2565 ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ภายหลังได้รับความเห็นชอบและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเหล่าเสือโก้ก อำเภอบุญทริก อำเภวารินชำราบ และอำเภอตระการพืชผล แล้วผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งผู้นำชุมชนและประธาน อสม.เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดโครงการวิจัยและขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตพื้นที่

2. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ดูแลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และทำการตรวจสอบคุณสมบัติผู้ดูแลตามที่กำหนดไว้ นำรายชื่อผู้ดูแลทั้งหมดมาทำฉลาก แล้วทำการสุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จำนวน 161 คน

3. ผู้วิจัยทำการนัดหมายวันและเวลาในทุกวันเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดนักขัตฤกษ์ ทั้งช่วงเช้าและช่วงบ่าย โดยนัดหมาย อสม. เพื่อพาเดินเก็บข้อมูลในพื้นที่ตามบ้านกลุ่มตัวอย่างที่ละหลังคาเรือน เพื่อความสะดวกของกลุ่มตัวอย่างในช่วงการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019

4. ในวันนัดหมายเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้แนะนำตัวเองแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูล เพื่อใช้ในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทำการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลประมาณ 15-30 นาทีต่อคน โดยเก็บข้อมูลวันละ 10-15 คน จนครบ 161 คน เมื่อดำเนินการเก็บข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงการรับบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ภาระของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นกลุ่ม (เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล) กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังด้วยค่าสัมประสิทธิ์ Eta

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีระดับการวัดตั้งแต่ระดับช่วงขึ้นไป (อายุ รายได้ ประสบการณ์ในการดูแล ภาระของผู้ดูแล การเข้าถึงการรับบริการสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม) กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

4. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ดังนี้ (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) 1) ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ โดยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test ได้ค่า sig. > .05 จึงสรุปว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ 2) ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ใช้สถิติ F-test ได้ค่า



$F=2174.12$, $p\text{-value} < .001$ และ 3) ความเป็นอิสระจากกันของความคลาดเคลื่อน (Autocorrelation) ของข้อมูลเป็นอิสระกัน ได้ค่า Durbin-Watson = 2.011

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2564 - 030 วันที่รับรอง 9 เมษายน 2564 ถึงวันที่ 8 เมษายน 2565 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ และผลกระทบที่กลุ่มตัวอย่างอาจจะได้รับในการวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยจะใช้เลขรหัสแทนชื่อและนามสกุลรวมถึงข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นและจะทำลายข้อมูลภายหลังการวิจัยมีการเผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับทราบจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุ 46-59 ปี (ร้อยละ 68.90) โดยมีอายุเฉลี่ย 52.63 ปี ($SD=10.47$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.60) มีสถานะเป็นบุตรผู้ดูแลทั้งหมด (ร้อยละ 100) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 75.80) มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 48.70) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 82.60) รายได้ในแต่ละเดือนพอใช้และไม่มีหนี้สิน (ร้อยละ 47.80) ส่วนใหญ่ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 1 คน (ร้อยละ 96.30) มีประสบการณ์ในการเป็นผู้ดูแลอยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 36.60) โดยมีประสบการณ์ในการเป็นผู้ดูแลเฉลี่ย 7.12 ปี ($SD=8.36$) ภาวะสุขภาพส่วนใหญ่ของผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 91.90) แต่ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 53.90)

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดสังคม มีคะแนน ADLs 12-20 คะแนน ($M=17.71$, $SD=2.99$) ส่วนใหญ่อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 39.52) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.49) ส่วนใหญ่มีอาชีพเดิมเป็นเกษตรกร (ร้อยละ 91.30) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด (ร้อยละ 48.40) ใช้สิทธิบัตรทองในการรักษา (ร้อยละ 86.30) และเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 67.10)

3. ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา พบว่า ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีภาระปานกลางถึงมาก มากที่สุดร้อยละ 52.50 ($M=46.48$, $SD=9.63$) รองลงมามีภาระในการดูแลอย่างมาก ร้อยละ 40.40 ($M=57.07$, $SD=12.42$) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ผู้ดูแลเข้าถึงการรับบริการสุขภาพในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 76.52 ($M=31.51$, $SD=7.62$) ปัจจัยเสริม ได้แก่ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 64.60 ($M=48.85$, $SD=9.95$) และส่วนใหญ่คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 95.70 ($M=76.47$, $SD=8.96$)

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี ($n=161$)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	
	Eta/r	p-value
ปัจจัยนำเข้า		



เพศ	.191 ¹	.025*
สถานภาพสมรส	.143 ¹	.629
ระดับการศึกษา	.365 ¹	.038*
ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	.206 ¹	<.001**
อายุ	.210 ²	.008**
รายได้	.140 ²	.938

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	
	Eta/r	p-value
ประสบการณ์ในการดูแล	.562 ²	.001**
ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	-.472 ²	<.001*
ปัจจัยเอื้อ		
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	.271 ²	.001**
ปัจจัยเสริม		
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	.371 ²	.001**

1 = Eta, 2 = r, * p-value < .05, ** p-value < .01

ปัจจัยนำเข้า ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้แก่ เพศ ($Eta = .191$) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ($Eta = .206$) และอายุ ($r = .210$) โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ในขณะที่ระดับการศึกษา ($Eta = .365$) และประสบการณ์ในการดูแล ($r = .562$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง และภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ($r = -.472$) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ส่วนสถานภาพสมรสและรายได้ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี ปัจจัยเอื้อ ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ($r = .271$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ และปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = .371$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี

ตาราง 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนาย กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี โดยวิธีการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ตัวแปรทำนาย	b	S.E. _b	Beta	t	p-value
ประสบการณ์ในการดูแล	.481	.747	.265	3.528	<.001
ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	.389	.081	.290	2.531	.012
ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	-.309	.054	-.251	-2.013	.036
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	.209	.047	.108	2.591	.040
Constant (a)	77.256	3.435		22.492	<.001

R = .756, Adjusted R² = .512, S. E. = 2.186, F = 51.672 p < .001



ปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนาย ได้แก่ ประสบการณ์ในการดูแล ($\beta = .481$) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ($\beta = .389$) ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ($\beta = -.309$) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .209$) โดยสามารถรวมอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 51.2 ($R^2 = .512, p < .001$) ดังตารางที่ 2 โดยมีสมการทำนายได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

z (คุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง) = $0.265(\text{ประสบการณ์ในการดูแล}) + 0.290(\text{ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล}) - 0.251(\text{ภาระของผู้ดูแล}) + 0.108(\text{การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม})$

อภิปรายผล

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี

การวิจัยครั้งนี้ สามารถอธิบายผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ประสบการณ์ในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.50) มีสถานะเป็นบุตรสาวทั้งหมด ซึ่งเป็นบทบาททางสังคมที่สมาชิกในครอบครัวมักจะมอบหมายภาระให้ทำหน้าที่นี้ (Leelapattana, Hathirat, 2019) ความเป็นเพศหญิงจะสามารถทำงานที่มีความละเอียดอ่อนได้ดีกว่าเพศชาย และสังคมไทยยังมีการอบรมสั่งสอนให้เพศหญิงมีหน้าที่ทำงานบ้าน และดูแลบุคคลในครอบครัว ทำให้เพศหญิงมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาได้ดี สอดคล้องกับการศึกษา Thaveegasikum, & Sritarapipat (2014) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา ฉะนั้นเมื่อเพศหญิงต้องรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงอาจส่งผลต่อการรับรู้การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางเท่านั้น รวมทั้งภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากภาวะสุขภาพของผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.90) ไม่มีโรคประจำตัว จึงทำให้ยังมีสุขภาพแข็งแรงเต็มเปี่ยมไปด้วยพลังทั้งร่างกายและจิตใจ จึงทำให้มีการปรับตัวได้ดีและสามารถก้าวผ่านอุปสรรคต่างๆ ของชีวิตได้ ทำให้ผู้ดูแลรับรู้คุณภาพชีวิตตนเองในทางที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของญาติผู้ดูแลที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Khatta, Hanprasitkam, & Siripitayakunkit, 2018) ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเช่นกัน แต่การที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุที่ต่อเนื่องเกิดเป็นประสบการณ์ในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาดูแลตนเองเพียงพอ อาจทำให้ร่างกายเสื่อมโทรมลง ไม่สามารถพบปะเพื่อนฝูงได้ตามปกติ การเข้าสังคมลดลง ซึ่งการให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นงานที่หนักสำหรับผู้ดูแล จึงส่งต่อการรับรู้ความรู้สึกจากการดูแล และทำให้ผู้ดูแลรับรู้คุณภาพชีวิตที่ลดลงน้อยลงได้ (Khatta, Hanprasitkam, & Siripitayakunkit, 2018) จึงทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังครั้งนี้รับรู้การมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระดับสูง ที่พบมีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยวัยสูงอายุที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ (Yang, Hao, George, & Wang, 2012) แต่แตกต่างกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท (Thaveegasikum, & Sritarapipat, 2014) พบว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแล



อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ศึกษารุ่นนี้เป็นกลุ่มติดสังคม ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้เป็นภาระกับผู้ดูแลน้อย การศึกษายังพบว่า มีระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 48.70) ระดับการศึกษาน้อยจะทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ได้น้อยตามไปด้วย มีการใช้เหตุผลและวิธีการแก้ปัญหาในชุดจำกัด ผู้ดูแลมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 75.80) ทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลทั้งบุพการีซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและดูแลครอบครัวตนเองไปด้วยในเวลาเดียวกัน โดยการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นการดูแลที่ซับซ้อนเพิ่มขึ้นของผู้ดูแล บางครั้งทำให้เกิดปัญหาในการดูแล ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพและอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ลดลงได้ (Yoosamran, Chanaphant, & Keankarn, 2022) ทำให้ในการศึกษานี้คุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 95.70 สอดคล้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอมนรมย์ จังหวัดชัยนาท ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง (Thaveegasikum, & Sritarapipat, 2014) ในส่วนปัจจัยนำ ด้านภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คือผู้ดูแลที่รับรู้ถึงการมีภาระในการดูแลในระดับสูง จะมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ลดลง อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลในระดับปานกลางถึงมากที่สุด (ร้อยละ 52.50) ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ เกิดความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หากไม่สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดจันทบุรี ที่พบว่า การรับรู้ต่อภาวะการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Purimat, Nanthamongkolchai, Munsawaengsub, Pitikultang, & Yodmai, 2019)

ปัจจัยเอื้อ คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลเข้าถึงการรับบริการสุขภาพในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 76.52) ซึ่งพบว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันโดยเฉพาะในโรงพยาบาลเน้นการดูแลแบบการเจ็บป่วยเฉียบพลันเป็นหลัก ระบบบริการปฐมภูมิมีข้อจำกัดด้านบุคลากรในการให้บริการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ แม้โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งมีการพัฒนาระบบบริการเชิงรุกเข้าไปในชุมชนเพื่อให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง แต่ยังคงขาดมาตรฐานในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ส่งผลให้การจัดบริการและบทบาทการดูแลสุขภาพประชาชนของท้องถิ่นยังไม่ชัดเจน (Pinyopornpanit, 2019) นอกจากนี้ระยะเวลาที่ทำการศึกษายู่ในช่วงการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี (Ministry of Public Health, 2022) ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่สามารถพาผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเล็กน้อยเข้าถึงบริการสุขภาพได้ทันที ต้องมีกระบวนการที่เพิ่มขึ้นในการเข้ารับบริการสุขภาพซึ่งมีองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีมากที่สุด (ร้อยละ 47.29) จึงส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองได้เพียงระดับปานกลาง สอดคล้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดจันทบุรี ที่พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Purimat, Nanthamongkolchai, Munsawaengsub, Pitikultang, & Yodmai, 2019)

ปัจจัยเสริม คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 64.6) จากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ โดยการได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้รับการดูแลทางด้านอารมณ์ ได้รับการตอบสนองด้านทรัพยากรเพื่อการช่วยเหลือ และได้รับการประเมินรวมทั้งการให้ข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ตนเอง



ว่ามีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางได้ สอดคล้องกับการศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Pinijsuwan, Sucamvang, & Nanasilp 2018) และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Purimat, Nanthamongkolchai, Munsawaengsub, Pitikultang, & Yodmai, 2019) ที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี

ผลการศึกษา พบว่า ประสพการณ์ในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยประสพการณ์ในการดูแลเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้มากที่สุด อธิบายได้ว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ ซึ่งการดูแลเป็นระยะเวลายาวนานจะช่วยเพิ่มพูนเป็นประสพการณ์ในการดูแล (Orem, 2001) เกิดความชำนาญในการปฏิบัติการดูแล แต่การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานก็อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า เกิดความเครียด และเกิดปัญหาเกี่ยวกับผู้ดูแลเอง รวมถึงทำให้คุณภาพชีวิตลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Slusarska, Bartoszek, Kocka, Deluga, Chrzan-Rodak, & Nowicki (2019) พบว่า ประสพการณ์ในการดูแลสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ปฏิบัติงาน ในประเทศโปแลนด์ ปัจจัยต่อมาคือ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล อธิบายได้ว่า ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความสามารถของร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลในการดำรงชีวิตประจำวัน หากผู้ดูแลสุขภาพแข็งแรงสามารถทำหน้าที่ตามบทบาทการดูแลได้อย่างปกติจะทำให้ผู้ดูแลรับรู้คุณภาพชีวิตไปในทางที่ดี แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่อตนเองที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต อาจนำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Purimat, Nanthamongkolchai, Munsawaengsub, Pitikultang, & Yodmai (2019) ที่พบว่าภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีอิทธิพลและทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ ภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นอีกปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย จะทำให้สภาวะร่างกาย อารมณ์ สังคม การพัฒนาการ และจิตวิญญาณขาดความสมดุล พลังสำรองในร่างกายผู้สูงอายุลดลง ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงด้วย (Jiravarun, & Praditpornsilp, 2020) อาจทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังรับรู้การมีภาระเพิ่มขึ้นในการดูแล ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ดูแลตามมาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ May, Monkong, Leelacharas, & Satitvipawee (2022) พบว่า ภาระของผู้ดูแลสามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ และ Tangwong, chatkaew, & Chatkaew, & Yampeng (2016) ที่พบว่า ภาระในการดูแลผู้สูงอายุสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 18.00 ส่วนปัจจัยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม คาดการณ์ได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการเกื้อหนุนจากสมาชิกครอบครัว ญาติพี่น้อง รวมทั้งบุคคลอื่นในชุมชนจะทำให้ผู้ดูแลได้รับการตอบสนองต่อความต้องการทั้งร่างกายและจิตใจ หากผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม อาจคาดการณ์ได้ว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเดียวกันได้ สอดคล้องกับ Purimat, Nanthamongkolchai, Munsawaengsub, Pitikultang, & Yodmai (2019) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้

การนำผลการวิจัยไปใช้



1. เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และหน่วยงานด้านผู้สูงอายุในการให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนโดยวางแผนการดูแลตั้งแต่เริ่มต้นเพื่อลดภาระของผู้ดูแล ฝึกทักษะในการดูแลพื้นฐานให้กับผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อเพิ่มประสบการณ์การดูแล นอกจากนี้ควรเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. ด้านการศึกษา เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการเตรียมผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยสอดแทรกเนื้อหากระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพิ่มเติม
3. ด้านการวิจัย เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเพื่อทดสอบรูปแบบ การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ดูแล และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาซ้ำในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยแบ่งการศึกษาเป็นกลุ่มติดสังคม และติดบ้านในบริบทวัฒนธรรมอีสาน
2. ควรศึกษาเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มติดสังคม ภายหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อหาความต่างและแนวทางในการสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่อไป
3. ควรศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มเติม
4. พัฒนารูปแบบ การรวมกลุ่มเพื่อเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมให้กับครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้บุคลากรทางด้านสุขภาพได้ให้คำแนะนำ เพื่อมั่นใจในการดูแลแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

References

- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress, *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Department of Older Persons. (2022). *Statistics of the Elderly, Thai Nationality and whose Names are in the Household Registration, December 2022*. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security. (in Thai)
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical Power Analysis Using G*Power 3.1: Test for Correlation and Regression Analyses. *Behav Res Methods*, 41, 1149-1160.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health Promotion Planning: an Education Approach*. (3rd ed.) Toronto: Mayfield Publishing Company.
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2010). *Multivariate Data Analysis*. 7th ed. New Jersey: Pearson Education.
- House, J. S. (1987). Social Support and Social Structure. *Sociological Forum*, 2(1), 135-146.
- Intarasombat, P., Monkong, S., Churaitatsanee, S., Vongterapak, S., Prasanaikom, W., Pronsawatchai, P., et al. (2013). Comprehensive Care of Hospitalized Older Adults: Transitional Care from Hospital to Home. *Ramathibodi Nursing Journal*, 19(2), 194-205. (in Thai)
- Jiravaranon, S., & Praditpornsilp, K. (2020). "Roles and Self-Care of Caregivers of the Elderly. In Kuankid, P., Kaoien, P., Rattanametanon, P., Manaswanit, P., Petchlorlian, A., & Praditpornsilp, K." *Elderly Care for Caregivers*. (pp. 63-68). Bangkok: Pimdee. (in Thai)



- Kalampakorn, S. (2011). *Application of concepts and theories of health promotion and disease prevention in the community*. In A. Powwattana, S. Kalampakorn, S. Lagampan & K. Amnatsatsue. (Eds.), *Health Promotion and Disease Prevention in the Community: Application of Concepts and Theories into Practice*. Khon Kaen: Klangnanavittaya Press Limited Partnership. (in Thai)
- Kanyakan, K., Kosalvit, T., & Bunyanirawat, N. (2019). Integrated Community-Based Long Term Care Model Using Community Participation for Dependent Elders at Dongbang Promoting Hospital in Mueang District, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Humanities & Social Sciences (JHUSOC)*, 17(1), 1-19. (in Thai)
- Kasemkitwattana, S., & Pison, P. (2014). Chronic Patients' Family Caregivers: A Risk Group That Must Not Be Overlooked. *Thai Journal of Nursing Council*, 29(4), 22-31.
- Khatta, N., Hanprasitkam, K., & Siripitayakunkit, A. (2018). Relationships among Selected Factors, Caregiving Burden, and Quality of Life of Caregivers of Persons Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. *The journal of Baromrajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 24(2), 108-129. (in Thai)
- Klinsuwan, R., Wathayu, N., & Suwonnaroop, N. (2017). Factors Predicting Quality of Life in Family Caregivers among Patients Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 29(1), 51-66. (in Thai)
- Kumsuchat, S. (2017). Health Problems and Health Care Needs among Thai Elderly: Policy Recommendations. *Journal of Health Science*, 26(6), 1156-1164. (in Thai)
- Leelapattana, W., & Hathirat, S. (2019). *Working with Caregiver Burnout*. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Retrieved December 17, 2022 from https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/th/article/postgrad/writer23/article_4?fbclid=IwAR2qzcKjs3MH9b8dFEL1aUKZJTgTlUliO_mm0LMCEM2i0C79ic0U4kus. (in Thai)
- Mahatnirunkul, S., Tuntipiwathanasakul, W., Pumpaisalchai, W., Wongsuwan, K., & Pornmanarungkul, R. (1997). *Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 item)*. Chiang Mai: Suanprung Psychiatric Hospital, Department of Mental Health Ministry of Public Health. Retrieved March 3, 2021 from <https://dmh.go.th/test/whoqol/>. (in Thai)
- May, S. B., Monkong, S., Leelacharas, S., & Satitvipawee, P. (2022). Factors Explaining Quality of Life among Family Caregivers of People with Stroke in Myanmar: A Cross-sectional Study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 26(2), 355-369.
- Ministry of Public Health. (2022). *Endermic Approach to COVID-19*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Nampan, J., Auemaneekul, N., & Kalampakorn, S. (2020). Factors Influencing Job Performance Among Trained Caregiver for Caring Dependent Elderly in Bangkok. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(3), 41-52. (in Thai)
- Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. (6th ed.). St. Louis; MO: Mosby Year Book.



- Padilla, G. V., & Grant, M. M. (1985). Quality of life as a Cancer Nursing Outcome Variable. *ANS Adv Nurs Sci*, 8(1), 45-60.
- Pinijsuwan, N., Sucamvang, K., & Nanasilp, P. (2018). Factors Predicting Quality of Life among Caregivers of Older Persons with Dementia. *Nursing Journal*, 45(2), 1-13. (in Thai)
- Pinyopornpanit, B. (2019). *The National Public Health Reforms and the Challenges of Primary Care Service Systems*. Department of Disease Control: Ministry of Public Health, Nonthaburi. (in Thai)
- Prasartkul, P. (2017). *Situation of the Thai Elderly 2016*. Nakornpathom: Nstitute for Population and Social Research and Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). (in Thai)
- Purimat, C., Nanthamongkolchai, S., Munsawaengsub, C., Pitikultang, S., & Yodmai, K. (2019). Factor Influencing Quality of Life among Caregivers of Dependent Elderly Persons in Chanthaburi Province. *Journal of Health Science*, 28(4), 610-619. (in Thai)
- Robrujen, S. (2017). Development of the Elderly Care Model for Elderly Caregivers, Warinchamrab District, Ubon Ratchathani Province. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 9(3), 57-69. (in Thai)
- Samerchua, W., Pharatpariyad, Singmanee, C., & Suksatit, B. (2019). Factors Related to Quality of Life among Caregivers of Dependent Elderly People, Mueang Phayao District, Phayao Province. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University*, 7(1), 159-179. (in Thai)
- Sararuk, M., Nganchamung, T., & Krasuaythong, N. (2020). Health Status and Health Behaviors among Elderly in Kham Kwang Sub-district, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. *Srinagarind Medical Journal*, 35(3), 304-310. (in Thai)
- Schaefer, C., Coyne, J., & Lanzarus, R. (1981). The Health-Related Function of Social Support. *J Behavioral Medicine*, 4, 381-406.
- Slusarska, B., Bartoszek, A., Kocka, K., Deluga, A., Chrzan-Rodak, A., & Nowicki, G. (2019). Quality of Life Predictors in Informal Caregivers of Seniors with a Functional Performance Deficit - an Example of Home Care in Poland. *Clin Interv Aging*, 17(14), 889-903.
- Sudnongbua, S. (2021). *Caring for the Elderly: Situation and Quality of Life*. Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)
- Tangwong, S., chatkaew, K., & Chatkaew, K., & Yampeng, K. (2016). Caregiving Burden and Quality of Life amongst Caregivers of the Elderly in Nakhon Pathom Province. *Christian University of Thailand Journal*, 22(3), 352-365. (in Thai)
- Thaveegasikum, Y., & Sritarapipat, P. (2014). Factors Related to Quality of Life among Thai Caregivers of the Chronic Disease Patients with Dependency in Manorom District, Chainat Pronince. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 24(3), 104-118. (in Thai)



- Toonsiri, C., Sunsern, R., & Lawang, W. (2011). Development of the Burden Interview for Caregivers of Patients with Chronic Illness. *Journal of Nursing and Education*, 4(1), 62-75. (in Thai)
- Trumikaborworn, S., Kritsanajutha, S., & Srisupan, P. (2018). *Isaan Culture and Elderly Health Care*. Ubonratchathani: Ubonratchathani University. (in Thai)
- United Nation. (2017). *World Population Prospects 2022: Summary of Results*. Retrieved February 28, 2023 from https://reliefweb.int/report/world/world-population-prospects-2022-summary-results?gclid=EALalQobChMlgsiRrem3_QIVygorCh0B7gy3EAAYASAAEgKRb_D_BwE
- Vorapongsathorn S. (2015). *Research in Health Education*. Bangkok: Vitoon Binding & Printing. (in Thai)
- Yang, X., Hao, Y., George, S. M., & Wang, L. (2012). Factors Associated with Health-Related Quality of Life among Chinese Caregivers of the Older Adults Living in The Community: A Cross-Sectional Study. *Health Quality Life Outcomes*, 10, 143-154.
- Yoosamran, K., Chanaphant, S., & Keankarn, P. (2022). Stress and Stress-coping of Caregivers for Dependent Older Adults, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 16(1), 1-16. (in Thai)